ISSN-0971-8397

ଯୋଜନା

ଫେବୃୟାରୀ ୨୦୧୬ | ବିକାଶମୂଳକ ପତ୍ରିକା | ₹ ୧୦/-

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ

ଭାରତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ବିଭିନ୍ନ ଦିଗନ୍ତ
ଟି. ସୁନ୍ଦରମ୍

ଭାରତୀୟ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟନୀତି
ଜେ. ଭି. ଆର୍. ପ୍ରସାଦ ରାଓ

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ସମ୍ବଳ
ଆଲୋକ କୁମାର

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ : ଆନ୍ତର୍ଜାତୀକ ଦୃଶ୍ୟପଟ
ସୁବାସ ଶର୍ମା

ଫୋକସ
ଆଦିବାସୀ ଅଞ୍ଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା : ଏବେ ଓ ପରେ
ଅଭୟ ବାଙ୍ଗ

ବିଶେଷ ପ୍ରବନ୍ଧ
ନିରନ୍ତର ବିକାଶରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା
କେ ଶ୍ରୀନାଥ ରେଡ୍ଡୀ

ବିକାଶର ରୋଡ଼ମ୍ୟାପ
ରାଷ୍ଟ୍ରପତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପଲସ ପୋଲିଓ-୨୦୧୬ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ

ଜାତୀୟ ଟିକାକରଣ ଦିବସ ଅବସରରେ ଗତ ଜାନୁଆରୀ ୧୭, ୨୦୧୬ରେ ରାଷ୍ଟ୍ରପତି ଭବନରେ ରାଷ୍ଟ୍ରପତି ଆରମ୍ଭ କରିଥିଲେ ୨୦୧୬ ବର୍ଷ ପାଇଁ ପଲସ ପୋଲିଓ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ। ସେହିଦିନ ରାଷ୍ଟ୍ରପତି ଭବନରେ ୫ବର୍ଷରୁ କମ ବୟସର ଶିଶୁମାନଙ୍କୁ ରାଷ୍ଟ୍ରପତି ପୋଲିଓ ଟିକା ପ୍ରଦାନ କରି ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଶୁଭାରମ୍ଭ କରିଥିଲେ। ଦେଶକୁ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ପୋଲିଓମୁକ୍ତ କରିବା ପାଇଁ ଦେଶବ୍ୟାପୀ ୧୭.୪ କୋଟି କମ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କୁ ପୋଲିଓ ଟିକା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଥିଲା ଏହି ଅଭିଯାନର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ। ଡିସେମ୍ବର ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ମାତୃତ୍ୱକାଳୀନ ଓ ନବଜାତଙ୍କୁ ଟିଟାନସ ମୁକ୍ତ କରିବା ସକାଶେ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଥିବା ସତ୍ତ୍ୱେ ଏହି ସମୟସୀମାର ବହୁ ପୂର୍ବରୁ ଅର୍ଥାତ ମେ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ଭାରତ ଏହି ଅଭିଯାନ ସଫଳ କରିଥିଲା। ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ରହିଥିବା ଅସମାନତା ଦୂର କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ପ୍ରତିଷ୍ଠା କରିଛି ମାଇଲଖୁଂଟ। ଆମଦାନୀ କ୍ଷେତ୍ରରେ ରହିଥିବା ବିପଦକୁ ଟାଳିବା ପାଇଁ ସହନଶୀଳ ଉଚ୍ଚମାନର ପୋଲିଓ ନିରୀକ୍ଷଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସହ ଜାତୀୟ ଓ ଉପଜାତୀୟ ପୋଲିଓ ରାଉଣ୍ଡ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ସମ୍ପନ୍ନ କରାଯାଇଥିଲା। ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀ ଅନୁସାରେ ଏକ ଯାତ୍ରାକାଳୀନ ପରାମର୍ଶ ଜାରି କରାଯାଇଛି। ଏହି ପରାମର୍ଶ ଅନୁସାରେ ଭାରତ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ୮ଟି ରାଷ୍ଟ୍ର ଯଥା ପାକିସ୍ତାନ, ଆଫଗାନିସ୍ତାନ, ନାଇଜେରିଆ,କାମେରନ, ସିରିଆ, ଇଥିଓପିଆ, ସୋମାଲିଆ ଓ କେନିଆ ମଧ୍ୟରେ ଯାଆସ କରୁଥିବା ଯାତ୍ରୀମାନଙ୍କୁ ଟିକା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଛି। ପୋଲିଓ ଜୀବାଣୁ ସମ୍ପର୍କରେ କୌଣସି ପ୍ରକାର ବିପଦ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏକ ଜରୁରୀକାଳୀନ ପ୍ରସ୍ତୁତି ଓ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଯୋଜନା (ଇପିଆରପି) କରାଯାଇଛି। ଏହା ଅଧୀନରେ ଗଠନ କରାଯାଇଛି ତ୍ୱରିତ ପ୍ରତିକ୍ରିୟା ଟିମ (ଆରଆରଟି) ଗଠନ କରାଯାଇଛି।

ପୋଲିଓ ନିର୍ମୂଳ କରିବା ଏବଂ ଶିଶୁମାନଙ୍କୁ ଦ୍ୱୈତ ସୁରକ୍ଷା ସକାଶେ ଭାରତ ସରକାର ୩୦ ନଭେମ୍ବର ୨୦୧୫ରୁ ପୋଲିଓ ବୁନ୍ଦା ସହ ନିୟମିତ ଟିକାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଇନଆକ୍ଟିଭେଟେଡ ପୋଲିଓ ଭାକ୍ସିନ (ଆଇପିଭି) କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ କରିଥିଲେ। ଏହି ଭାକ୍ସିନକୁ ଇଞ୍ଜେକସନ ଜରିଆରେ ନିଆଯାଇଥାଏ। ପ୍ରଥମ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଆସାମ, ଗୁଜରାଟ, ପଞ୍ଜାବ, ବିହାର, ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶ ଓ ଉତରପ୍ରଦେଶରେ ଆଇପିଭି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କରାଯାଇଥିଲା। ବିଶ୍ୱସ୍ତରୀୟ ଯୋଜନା ଅନୁସାରେ ଆସନ୍ତା କିଛି ମାସ ମଧ୍ୟରେ ଟ୍ରାଇଭାଲେଣ୍ଟ ଓପିଭିରୁ ବାଇଭାଲେଣ୍ଟ ଓପିଭିକୁ ଉନ୍ନୀତ କରିବା ପାଇଁ ଯୋଜନା ରହିଛି।

ପ୍ରଧାନମନ୍ତ୍ରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଷ୍ଟାର୍ଟ ଅପ ଇଣ୍ଡିଆ ଆରମ୍ଭ: ଷ୍ଟାର୍ଟ-ଅପକୁ ତ୍ୱରାନ୍ୱିତ କରିବା ପାଇଁ ଆକ୍ସନପ୍ଲାନ ଉନ୍ମୋଚିତ

୧୭ ଜାନୁଆରୀ ୨୦୧୬ରେ ପ୍ରଧାନମନ୍ତ୍ରୀ ଷ୍ଟାର୍ଟଅପ ଇଣ୍ଡିଆ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଶୁଭାରମ୍ଭ କରିଥିଲେ। ଷ୍ଟାର୍ଟ ଅପ ଆକ୍ସନ ପ୍ଲାନକୁ ଉନ୍ମୋଚନ କରି ପ୍ରଧାନମନ୍ତ୍ରୀ କହିଥିଲେ ଯେ, ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସକାଶେ ୧୦ ହଜାର କୋଟି ଟଙ୍କାର ଏକ ଉତ୍ସର୍ଗୀକୃତ ଷ୍ଟାର୍ଟ ଅପ ପାଣ୍ଠି ଗଠନ କରାଯାଇଛି। ଏହି ଯୋଜନାରେ ପ୍ରଥମ ୩ବର୍ଷ ପାଇଁ ଲାଭ ଉପରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଥିବା ଆୟକର ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ ନାହିଁ। ସେହିପରି ଷ୍ଟାର୍ଟ ଅପ ବ୍ୟବସାୟ ପାଇଁ ପାଟେଂଟ ଦେୟ ଉପରେ ୮୦ ପ୍ରତିଶତ ଛାଡ଼ କରାଯିବ। ଏହା ସହ ୯ଟି ଶ୍ରମିକ ଓ ପରିବେଶ ଆଇନ ସକାଶେ ଷ୍ଟାର୍ଟ ଅପ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏକ ସ୍ୱୟଂ ଘୋଷିତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିବ ବୋଲି ପ୍ରଧାନମନ୍ତ୍ରୀ ଘୋଷଣା କରିଥିଲେ।

ଯୋଜନା

ତ୍ରୟୋବିଂଶ ବର୍ଷ :   ପଞ୍ଚମ ସଂଖ୍ୟା :   ଫେବୃୟାରୀ ୨୦୧୬

ଏ ସଂଖ୍ୟାରେ...

ସୃଷ୍ଟି	ସ୍ରଷ୍ଟା	ପୃଷ୍ଠା
ସମ୍ପାଦକୀୟ		୪
ଭାରତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ବିଭିନ୍ନ ଦିଗନ୍ତ	ଟି ସୁନ୍ଦରମ୍	୫
ଭାରତୀୟ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି	ଜେ.ଭି.ଆର୍ ପ୍ରସାଦ ରାଓ	୧୧
ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ସମ୍ବଳ	ଆଲୋକ କୁମାର	୧୪
ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ : ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ଦୃଶ୍ୟପଟ	ଡାକ୍ତର ସୁଭାଷ ଶର୍ମା	୧୭
ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା : ଏବେ ଓ ପରେ	ଡ. ଅଭୟ ବାଙ୍ଗ	୨୪
ନିରନ୍ତର ବିକାଶରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା	କେ. ଶ୍ରୀନାଥ ରେଡ୍ଡୀ	୨୮
ଏଚଆଇଭି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସଫଳତାର ମନ୍ତ୍ର	ଅଳକା ନାରଙ୍ଗ ଓ ଅଂଜେଲା ଚୌଧୁରୀ	୩୧
ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଓ ସହନଶୀଳ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ	ଚନ୍ଦ୍ରକାନ୍ତ ଲହରିୟା	୩୪
ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ହ୍ରାସ ଓ ମହିଳାଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା	ମୀରା ମିଶ୍ର	୩୮
ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଆବଶ୍ୟକତା	ଡ. ସଞ୍ଜୀବ କୁମାର	୪୨
କୈଶୋରାବସ୍ଥାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ	ଡ. ସୁଷମା ଦୁରେଜା	୪୬
ମାତୃଭୂମିର ବୀର ସନ୍ତାନ ନେତାଜୀ ସୁଭାଷ		୪୯
ସଡକ ସୁରକ୍ଷା ଓ ଆମର କର୍ତବ୍ୟ		୫୨
ଆପଣ ଜାଣିଛନ୍ତି କି ?		୫୪

ମୁଖ୍ୟ ସଂପାଦକ ଓ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ : ଦୀପିକା କଚ୍ଛଲ
ସଂପାଦକ ଓ ସହ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ : ଡକ୍ଟର ଗିରୀଶ ଚନ୍ଦ୍ର ଦାଶ
ସଂପାଦକ (ସମନ୍ୱୟ) : ଜୟ ସିଂହ

ଯୁଗ୍ମ ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ (ଉତ୍ପାଦନ) : ଭି. କେ. ମିନା
ବ୍ୟବସାୟ ପରିଚାଳନା : ସୂର୍ଯ୍ୟକାନ୍ତ ଶର୍ମା
ପ୍ରଚ୍ଛଦପଟ ଶିଳ୍ପୀ : ଜି. ପି. ଧୋପେ

'ଯୋଜନା' ହେଉଛି ପରିକଳ୍ପନା ଓ ଉନ୍ନୟନର ମାସିକ ମୁଖପତ୍ର । ସୂଚନା ଓ ପ୍ରସାରଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ପକ୍ଷରୁ ପ୍ରକାଶିତ ହେଉଥିଲେ ମଧ୍ୟ ଏହାର ପରିସର କେବଳ ସରକାରୀ ଦୃଷ୍ଟିକୋଣ ପ୍ରକାଶନରେ ସୀମାବଦ୍ଧ ନୁହେଁ ।

ସମ୍ପାଦକୀୟ କାର୍ଯ୍ୟାଳୟ :
Editor
YOJANA (ODIA)
East Block 4, Level 7, R.K. Puram,
New Delhi -110066
Phone : 9437073438
Website :
www.publicationsdivision.nic.in
Email : odiayojana@gmail.com
Subscription & Business Queries :
pdjucir@yahoo.co.in
Ph. : 011-26100207

ଯୋଜନାରେ ପ୍ରକାଶିତ ପ୍ରବନ୍ଧରେ ବ୍ୟକ୍ତ ବିଚାର ଲେଖକଙ୍କ ନିଜସ୍ୱ ଅଟେ । ଏହା ଜରୁରୀ ନୁହେଁ ଯେ ଲେଖକ ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ସେହି ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ, ବିଭାଗ ତଥା ସଙ୍ଗଠନଗୁଡ଼ିକ ସହ ସମ୍ବନ୍ଧ ବା ତାଙ୍କର ବି ଏହି ଦୃଷ୍ଟିକୋଣ ରହିଛି । ପତ୍ରିକାରେ ପ୍ରକାଶିତ ବିଜ୍ଞାପନଗୁଡ଼ିକର ବିଷୟବସ୍ତୁ ପାଇଁ ଯୋଜନା ଉତ୍ତରଦାୟୀ ନୁହେଁ ।

Unfiled Notes Page 3

ସମ୍ପାଦକୀୟ

ଜାତୀୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ନିର୍ଦ୍ଧାରଣରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା

"ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ" - ଏହା ହେଉଛି ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ପ୍ରକାଶ୍ୟ ଆଦର୍ଶ। ଏହି ଆଦର୍ଶକୁ ଔପଚାରିକ ଭାବେ ୧୯୮୩ ମସିହାର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନିତୀରେ ସାମିଲ କରାଯାଇଥିଲା। ଏକ ସୁସ୍ଥ ଦେଶ ଗଠନରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା ଅନସ୍ୱିକାର୍ଯ୍ୟ। ତେବେ, ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆହ୍ୱାନଗୁଡ଼ିକ ମଧ ଅନେକ। ସେ ଗୁଡ଼ିକରୁ ଅନ୍ୟତମ ହେଉଛି ବର୍ଷକୁ ବର୍ଷ ବଢୁଥିବା ଚାହିଦା ଅନୁଯାୟୀ ପାଣ୍ଠି ବ୍ୟବସ୍ଥା। ବିଶେଷଜ୍ଞମାନେ ଦୃଢ଼ ନିଶ୍ଚିତ ଯେ, ଅର୍ଥନୈତିକ ପ୍ରଗତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉନ୍ନତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଏକ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ସମ୍ପର୍କ ରହିଛି। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ଦ୍ୱାରା ଗ୍ରସିତ କୌଣସି ଦେଶର ଜନସାଧାରଣ, ସେହି ଦେଶର ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଗତିର ଅଂଶୀଦାର ହୋଇପାରନ୍ତି ନାହିଁ। ବରଂ, ଏଥିଯୋଗୁଁ ଦେଶର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୁରଣ, ବାଧାପ୍ରାପ୍ତ ହୁଏ।

ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (MDG) ଏବଂ ଧାରଣକ୍ଷମ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (SDG) ରେ ଏହି ସତ୍ୟକୁ ରେଖାଙ୍କିତ କରାଯାଇ, ବିଭିନ୍ନ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ସହିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟକୁ ସମନ୍ୱିତ କରାଯାଇଛି। ଝଡଏଶ୍ୱ ର ଲକ୍ଷ୍ୟ ସମୂହ ପ୍ରାପ୍ତି ପାଇଁ, ଏକ ସଦସ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ର ଭାବେ ଭାରତକୁ ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ନୀତି ଉପରେ ଅଧିକ ଧାନ ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ନୀତିଗତ ଉଚ୍ଚାରଣ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟାନ୍ୱୟନ ସମ୍ପର୍କୀତ ଆଚରଣରେ ଐକ୍ୟତା ଆଣି କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ହେବ। ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ନିର୍ଦ୍ଧାରୀତ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ସହିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରକୁ ମଧ ସମ୍ମିଳିତ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ।

ଏହାକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି, ଦେଶର ନୀତି ନିର୍ଦ୍ଧାରକମାନେ, ଉପଯୁକ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ରୁପରେଖ ଦେଇଥିଲେ। ସେହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମଗୁଡ଼ିକ ବହୁଳ ଭାବେ ସଫଳ ମଧ ହୋଇଛି। ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ପଲସ୍ ପୋଲିଓ ଭଳି ସାର୍ବଜନୀନ ଟିକାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଆନ୍ତଃର୍ଜାତିକ ପ୍ରଶଂସା ମିଳିଛି। ଏକଦା ଏକ ପ୍ରାଣ ଘାତକ ରୋଗ ଭାବେ କୁଖ୍ୟାତ ବସନ୍ତ ରୋଗକୁ ସମୂଳେ ନିପାତ କରିଛୁ। ଏଥିରୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ଯେ, ଏପରିକି ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ମଧ ଆମର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ପ୍ରତିଯୋଗିତାକ୍ଷମ।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନରେ ପାଣ୍ଠି ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଭୂମିକା ରହିଛି। ଏକଥା ସତ ଯେ ଭାରତର ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନ ବା ଏଡଚର ପ୍ରାୟ ୪ ପ୍ରତିଶତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବ୍ୟୟ ହୋଇଥାଏ। ଦେଶରେ ଏକ ବୃହତ୍ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ ରହିଛି। ତଥାପି, ଅନେକ ଲୋକ, ଏହି ବ୍ୟବସ୍ଥା ବହିର୍ଭୂତ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ଦ୍ୱାରସ୍ଥ ହେବାକୁ ବାଧ ହୁନ୍ତି। ବିଶେଷ ଭାବେ, ନିମ୍ନ ଏବଂ ମଧବିତ ପରିବାର ପାଇଁ ଏହା ବ୍ୟୟ-ସାପେକ୍ଷ। ତେଣୁ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ସକ୍ରୀୟ କରିବା ସହିତ, ସରକାର, ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରତି ଆଖି ବୁଜି ଦେଇପାରିବେ ନାହିଁ। ଦେଶର ବିଶାଳ ଜନସଂଖ୍ୟାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୁରଣ ପାଇଁ ଉଭୟ ସରକାରୀ-ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧରେ ଏକ ସମନ୍ୱୟ ଆବଶ୍ୟକ। ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ପାଇଁ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା କ୍ଷେତ୍ର ହେଉଛି ଏକ ବଳିଷ୍ଠ ମାଧମ। ତେବେ ଏଥିପାଇଁ ଏକ ଉପଯୁକ୍ତ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ ଆବଶ୍ୟକ। ପୂର୍ବ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିଗୁଡ଼ିକରେ ଥିବା କେତେକ ଦୁର୍ବଳତାକୁ ବାଦ୍ ଦେବା ପାଇଁ ୨୦୧୫ ମସିହାର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠାନୀତିରେ ପ୍ରଚେଷ୍ଟା କରାଯାଇଛି। ପ୍ରଥମଥର ପାଇଁ ଏଥିରେ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ମତାମତ ସାମିଲ୍ କରିବାକୁ ପ୍ରୟାସ କରାଯାଇଛି। ଏଥିରେ ସ୍ୱିକାର କରାଯାଇଛି ଯେ, ଅଧିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଖର୍ଚ୍ଚ ହେଉଛି ବହୁ ପରିବାର ପାଇଁ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଭିତରକୁ ଠେଲି ହେଇଯିବାର ଏକ ବାଧ୍ୟବାଧକତା। ତେଣୁ, ବିଶେଷ ଭାବେ ଗରୀବ ଓ ଅବହେଳିତ ଶ୍ରେଣୀଙ୍କୁ ଆର୍ଥିକ ସୁରକ୍ଷା ପ୍ରଦାନ ପୂର୍ବକ ରୋଗ ନିରୁପଣ ଓ ଔଷଧ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯିବା ଉଚିତ୍।

ଆଦିବାସୀ, କିଶୋର, ଯୁବ ଏବଂ ମହିଳାବର୍ଗଙ୍କ ସମେତ ଉତର-ପୂର୍ବାଂଚଳ ରାଜ୍ୟର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଆବଶ୍ୟକତା, ଦେଶର ଅନ୍ୟ ବର୍ଗ ଓ ଅଂଚଳଠାରୁ କିଛିଟା ଭିନ୍ନ। ଆଦିବାସୀ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପାଇଁ ସେମାନଙ୍କ ପ୍ରତି ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ହେବା ସହିତ, ସେମାନଙ୍କ ସଶକ୍ତିକରଣ ମଧ ଆବଶ୍ୟକ। ସେହି ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଚେତନତା ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସାକ୍ଷରତା ବୃଦ୍ଧି ଉପରେ ମଧ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ଉଚିତ୍। ସେହିପରି ଲିଂଗଗତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହେଉଛି କୌଣସି ଦେଶର ପ୍ରଗତିର ଏକ ପ୍ରମୁଖ କାରଣ। ତେଣୁ ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ବିଶେଷ ଭାବେ ସେମାନଙ୍କୁ କୁ-ପୋଷଣରୁ ରକ୍ଷା କରିବା ମଧ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଅଂଗ ହେବା ଉଚିତ। କାରଣ ଅର୍ଥନିତୀ ଉପରେ ମଧ କୁ-ପୋଷଣର କୁପ୍ରଭାବ ପଡ଼ିଥାଏ।

ଭାରତର ଏକ ପାରମ୍ପାରିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ ରହିଛି। ଧନ୍ୱନ୍ତରୀ, ଜିବିକ, ଚରକ ଓ ସୁଶ୍ରୁତଙ୍କ ଭଳି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଶେଷଜ୍ଞଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଏହି ପାରମ୍ପାରିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପଦ୍ଧତି ବଳିଷ୍ଠ ହୋଇଛି। ସରକାରୀସ୍ତରରେ ଏହି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଆଗକୁ ନେବା ପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହାତକୁ ନିଆଯାଇଛି। ଚଳିତ ସମୟର ଆହ୍ୱାନ ହେଉଛି ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଦୃଢ଼ୀକରଣ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକର୍ମୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟାର ସଂପ୍ରସାରଣ। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଏକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ରହିଛି। ତେବେ, ଏକ ବଳିଷ୍ଠ ନିୟାମକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଦ୍ୱାରା, ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ଦୂର କରିବା ଦିଗରେ ସେମାନଙ୍କ ଭୂମିକାକୁ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରାଯାଇପାରିବ।

"ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହିଁ ସମ୍ପଦ"। ଏ କଥା ବହୁବାର କୁହାଯାଇଛି। ଏହା ଅବଶ୍ୟ ସତ୍ୟ ଯେ ଜଣେ ସୁସ୍ଥ ବ୍ୟକ୍ତି ହିଁ ନିଜର, ନିଜ ପରିବାରର ଏବଂ ସର୍ବୋପରି ନିଜ ଦେଶ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ଯୋଗଦାନ ଦେଇପାରିବ। ଏକ ସୁସ୍ଥ, ସବଳ ଏବଂ ସୁଦକ୍ଷ ଭାରତ ଗଠନ ପାଇଁ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଚାହିଦା ପୂରଣ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ।

Unfiled Notes Page 4

ଭାରତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ବିଭିନ୍ନ ଦିଗନ୍ତ

■ ଟି ସୁନ୍ଦରମ୍

ପୂର୍ବ ଦଶନ୍ଧୀଗୁଡ଼ିକରେ, ମୃତ୍ୟୁର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଅଂଶ ଥିଲା ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ। ବିଶେଷ ଭାବେ ୫ ବର୍ଷ ବୟସରୁ କମ୍ ବୟସ୍କ ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ। ପ୍ରସୂତୀ ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ମଧ୍ୟ ଅଧିକ ଥିଲା। ତେବେ, ଏଭଳି ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାରେ ଉଲ୍ଲେଖନୀୟ ହ୍ରାସ ଘଟିଛି। ଗୋଟିଏ ପଟେ ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁହାର କମିଥିବା ବେଳେ, ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ପରିବାର ନିୟୋଜନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ, ଗର୍ଭବତୀ ମହିଳା ଓ ଶିଶୁଙ୍କ ସଂଖ୍ୟାରେ ହ୍ରାସ ଘଟିଛି। ଏଭଳି ହ୍ରାସ ପଛରେ ବିଭିନ୍ନ କାରଣ ରହିଛି। ସେଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ କାରଣ ହେଉଛି, ଦୀର୍ଘ ୨୫ ବର୍ଷ ଧରି ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ଉପରେ ଧ୍ୟାନ କେନ୍ଦ୍ରିତ କରିବା।

ଉପକ୍ରମଣିକା:-

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ଅର୍ଥନୀତି ମଧ୍ୟରେ ସମ୍ପର୍କ:-

ଭାରତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ଏକ ଦୋଛକିରେ ଦଣ୍ଡାୟମାନ। ଏହାର ଏକ କାରଣ ହେଉଛି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ବିକାଶ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ସମ୍ପର୍କ। ଏହାକୁ ପ୍ରେଷ୍ଟନ୍ କର୍ଭ କୁହାଯାଏ। ୧୯୭୫ ମସିହାରେ, ସାମୁଏଲ୍ ଦର୍ଶାଇଥିଲେ ଯେ ଯଦି ଆୟୁକୁ କୌଣସି ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରିମାପକ ଭାବେ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଏ, ତେବେ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନ ଆଧାରିତ ମୁଣ୍ଡ ପିଛା ଆୟ ସହିତ ଏହାର ସମ୍ପର୍କ ଅତି ନିବିଡ଼। ଅର୍ଥାତ୍, ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟସ୍ତର ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ, ଆୟ ବଢ଼ିଲେ, ଆୟୁ ମଧ୍ୟ ବଢ଼େ। ସେହି ସ୍ତର ପରେ କିନ୍ତୁ ଏ ଦୁହିଁଙ୍କ ସମ୍ପର୍କରେ ଶିଥିଳତା ଦେଖାଦିଏ। ସେତେବେଳେ, ଆୟୁ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ପରିମାଣର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ପୁଞ୍ଜିନିବେଶ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇଥାଏ।

ଅର୍ଥନୀତିରେ ଚଳିତ ବର୍ଷର ନୋବେଲ ପୁରସ୍କାର ବିଜେତା ଅଂଗସ୍ ଡିଆଟନ୍, ତାଙ୍କ "ଦ ଗ୍ରେଟ୍ ଏସ୍କେପ୍" ପୁସ୍ତକରେ ଦର୍ଶାଇଛନ୍ତି ଯେ, ବିକାଶ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ସମ୍ପର୍କରେ, ପ୍ରେଷ୍ଟନ୍ କର୍ଭ ଅନୁଯାୟୀ ଶିଥିଳତା ଆସିଲେ ମଧ୍ୟ, ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ସମ୍ପର୍କ ତଥାପି ତିଷ୍ଠି ରହିଥାଏ। ତେବେ ଏହି ସମ୍ପର୍କ ଲଗାରିଦମ୍ ଭିତିକ ହୋଇଥାଏ। ଅର୍ଥାତ୍ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ବିକାଶ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ସମ୍ପର୍କର ଶିଥିଳ ସ୍ତର ପରେ, ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଉପଲବ୍ଧି ପାଇଁ ମୁଣ୍ଡପିଛା ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନ ବା ଜିଡ଼ିପିର ଚାରିଗୁଣ ଅର୍ଥ ଆବଶ୍ୟକ ହୁଏ। ଆଉ ମଧ୍ୟ, ଏହି ସମୟରେ, ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ଜନୀତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ, ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରଧାନ କାରଣ ସାଜିଥାଏ। ଏହାଦ୍ୱାରା, ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ

Unfiled Notes Page 5

ହ୍ରାସ ଜନୀତ ଲାଭ ମଧ୍ୟ ତାର ଲୋଭନୀୟତା ହରାଇ ବସେ।

ପ୍ରେଷ୍ଟନ୍ କର୍ଭର ୨୦୧୦ ମସିହାର ସଂସ୍କରଣ ଅନୁଯାୟୀ, ଭାରତ ଏବେ ସେହି ସ୍ତରର ନିକଟବର୍ତୀ। ନୀତି ପ୍ରସ୍ତୁତି ପାଇଁ, ଏହାର ଏକ ବିରାଟ ମହତ୍ୱ ରହିଛି। ଦେଶରେ ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ ସକ୍ରାମକ ରୋଗ ଜନୀତ ପୁରୁଣା ସମସ୍ୟା ବଜାୟ ଥିବା ବେଳେ, ନୂଆ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ମାନ ମଧ୍ୟ ଯୋଡ଼ି ହୋଇଯାଉଛି। ଏ ପରିପ୍ରେକ୍ଷୀରେ, ଯଦି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ, ସରକାରୀ ବ୍ୟୟ ନ ବଢ଼େ, ତେବେ, ବେସରକାରୀ ପୁଂଜିନିବେଶ ଅବଶ୍ୟ ବଢ଼ିବ। କିନ୍ତୁ, ଏହାଦ୍ୱାରା ଯେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ସୁଫଳ ମିଳିବ, ଏହା କୁହାଯାଇ ନ ପାରେ। ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସରକାରୀ ପୁଂଜିନିବେଶର ମଧ୍ୟ ଦୁଇଟି ଦିଗ ରହିଛି। ପ୍ରଥମ, ଅଧିକ ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟରେ, ସରକାର ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଆହୁରି ମଜବୁତ୍ କରିପାରନ୍ତି। କିମ୍ବା ଦ୍ୱିତୀୟରେ, ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟ କରି, ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକ ଠାରୁ "ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ସେବା" କ୍ରୟ କରିପାରନ୍ତି। ଯଦି ସରକାର ଦ୍ୱିତୀୟ ପନ୍ଥା ଧରନ୍ତି, ତେବେ, ଏଥିପାଇଁ ଏକ ଶକ୍ତ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା ତିଆରି କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ, ନୂତନ ଚିଠା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି ଅନୁଯାୟୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତାବିତ ଜିଡିପିର ୨.୫ ପ୍ରତିଶତରୁ ଅଧିକ ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟର ମଧ୍ୟ ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଏଭଳି ଏକ ପୃଷ୍ଠଭୂମିରେ ସଠିକ୍ ନିଷ୍ପତି ନେବା ଏକ ଦୁରୁହ ବ୍ୟାପାର।

ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରଗତି:-

ପୂର୍ବ ଦଶନ୍ଧୀଗୁଡ଼ିକରେ, ମୃତ୍ୟୁର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଅଂଶ ଥିଲା ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ। ବିଶେଷ ଭାବେ ୫ ବର୍ଷ ବୟସରୁ କମ୍ ବୟସ୍କ ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ। ପ୍ରସୂତୀ ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ମଧ୍ୟ ଅଧିକ ଥିଲା। ତେବେ, ଏଭଳି ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାରେ ଉଲ୍ଲେଖନୀୟ ହ୍ରାସ ଘଟିଛି। ଗୋଟିଏ ପଟେ ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁହାର କମିଥିବା ବେଳେ, ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ପରିବାର ନିୟୋଜନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ, ଗର୍ଭବତୀ ମହିଳା ଓ ଶିଶୁଙ୍କ ସଂଖ୍ୟାରେ ହ୍ରାସ ଘଟିଛି। ଏଭଳି ହ୍ରାସ ପଛରେ ବିଭିନ୍ନ କାରଣ ରହିଛି। ସେଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ଗୋଟିଏ କାରଣ ହେଉଛି, ଦୀର୍ଘ ୨୫ ବର୍ଷ ଧରି ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ଉପରେ ଧ୍ୟାନ କେନ୍ଦ୍ରିତ କରିବା। ପ୍ରଥମେ ୧୯୯୦ ଦଶକର ପ୍ରାରମ୍ଭରେ ନିରାପଦ ମାତୃତ୍ୱ ଓ ଶିଶୁ ସୁରକ୍ଷା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ, ପରେ ୧୯୯୦ ଦଶକ ଶେଷ ଆଡ଼କୁ ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି ଅଧିକ ଧ୍ୟାନ ଏବଂ ଶେଷରେ, ୨୦୦୫ ମସିହାର ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବା ଆରସିଏଚ୍‌ର ଦ୍ୱିତୀୟ ପର୍ଯ୍ୟାୟ, ଯାହା ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ସହ ସମାହିତ ଥିଲା- ଏସବୁର ସୁଫଳ ମିଳିପାରିଲା ଦେଶର ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସ ରୂପରେ।

ଅନ୍ୟ ଏକ କାରଣ ହେଉଛି ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ ପାଇଁ ଭାରତର ପ୍ରୟାସ। ଏହାକୁ ନୂତନ ଜାତୀୟ ଚିଠା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି ଏହି ଭଳି ଭାବେ ବର୍ଣ୍ଣନା କରିଛି- ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଅନୁଯାୟୀ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଏକ ଲକ୍ଷ ଜୀବନ୍ତ ଶିଶୁ ଜନ୍ମ ପିଛା ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାରକୁ ୧୪୦ ମଧ୍ୟରେ ସୀମିତ ରଖିବା। ଏଥି ଅନୁଯାୟୀ ଭାରତ, ୧୯୯୦ ମସିହାରେ ଥିବା ୫୬୦ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାରକୁ ୨୦୧୧-୧୨ ବେଳକୁ ୧୭୮ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ହ୍ରାସ କରିପାରିଥିଲା। ୨୦୧୫ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା ଏହାକୁ ୧୪୧ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଖସାଇ ଆଣିବା ଲକ୍ଷ ମଧ୍ୟ ଥିଲା। ସେହିପରି, ୫ ବର୍ଷ ବୟସରୁ କମ୍ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାରକୁ ୪୨ ମଧ୍ୟରେ ସିମିତ କରିବାକୁ ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ ବା ଏମ୍‌ଡିଜିରେ ନିର୍ଦ୍ଧାରୀତ ହୋଇଥିଲା। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ମଧ୍ୟ ଭାରତ ଭଲ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିପାରିଛି। କାରଣ, ୧୯୯୦ ମସିହାରେ ଏହି ହାର ୧୨୬ ଥିବା ବେଳେ, ତାହା ୨୦୧୨ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା ୫୨କୁ ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ୨୦୧୫ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା ଏହି ହାର ପୁନଶ୍ଚ ୪୨କୁ ହ୍ରାସ ପାଇବ ବୋଲି ଆଶା କରାଯାଉଛି। ତେବେ, ୨୦୧୫ ସମ୍ପର୍କୀତ ତଥ୍ୟ ପ୍ରକାଶ ହେଲେ, ଏ କଥାର ସତ୍ୟତା ମଧ୍ୟ ପ୍ରମାଣିତ ହେବ। ୧୯୯୦ ମସିହାରେ, ବୈଶ୍ୱିକ ହାରାହାରି ଅନୁପାତରେ ଭାରତରେ ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ଅଧିକ ଥିଲା। ତେବେ, ୨୦୧୫ ମସିହା ବେଳକୁ ଏହି ହାର, ହାରାହାରି ବିଶ୍ୱ ହାର ପାଖାପାଖି ରହିଛି।

ପ୍ରଣୀଧାନଯୋଗ୍ୟ କଥା ହେଉଛି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ଦୁଇ ପ୍ରମୁଖ ସାମାଜିକ ପରିମାପକ- ପରିମଳ ଓ ଶିଶୁପୁଷ୍ଟି କ୍ଷେତ୍ରରେ ବିଶେଷ କୌଣସି ପରିବର୍ତନ ବିନା ମଧ୍ୟ, ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସ କରାଯାଇପାରିଛି। ପୁନଶ୍ଚ, ଅନେକ ଦେଶରେ, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାରକୁ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ସହିତ ସିଧାସଳଖ ଯୋଡ଼ା ଯାଉଥିବା ବେଳେ, ସେହି ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ଭାରତର ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ହାର ହ୍ରାସକୁ ନେଇ ବିତର୍କ ରହିଛି। ସେ ଯାହା ହେଉ, ଏ କଥା କିନ୍ତୁ ଅନସ୍ୱିକାର୍ଯ୍ୟ ଯେ, କେତେକ ବିପରୀତ ସାମାଜିକ ସ୍ଥିତି ସତ୍ୱେ, ଭାରତ, ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସ କରିବାରେ ସକ୍ଷମ ହୋଇଛି। ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ଦୁଇଟି ଅନ୍ୟ ସାମାଜିକ ପରିମାପକ- ବିଶୁଦ୍ଧ ପାନୀୟଜଳ ଯୋଗାଣ ଓ ମହିଳା ସାକ୍ଷରତା- ଏ ଉଭୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଭାରତ ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ସମକକ୍ଷ ହେବାର ପ୍ରୟାସ କରିଛି। କାରଣ, ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ୨୦୧୫ ମସିହା ରିପୋର୍ଟ ଅନୁଯାୟୀ, ଦେଶର ୯୪ ପ୍ରତିଶତ କ୍ଷୁଦ୍ର ଗ୍ରାମ ଗୁଡ଼ିକୁ ପାନୀୟ ଜଳ ଯୋଗାଣ କରାଯାଉଥିବା ବେଳେ, ୨୦୧୧ ଜନଗଣନା ଅନୁଯାୟୀ, ନାରୀ ସାକ୍ଷରତାର ହାର ୬୫.୦୪ ପ୍ରତିଶତକୁ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଛି। ଜନସଂଖ୍ୟାର ପରିବର୍ତୀତ ଦୃଶ୍ୟପଟ ସହିତ, ନାରୀ ସାକ୍ଷରତା ଅଙ୍ଗାଙ୍ଗୀ

ଭାବେ ଜଡ଼ିତ। ଦେଶର ଜନସଂଖ୍ୟା ବୃଦ୍ଧି ହାର ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ବହୁ ରାଜ୍ୟରେ ଜନସଂଖ୍ୟାରେ ସ୍ଥିରତା ଆଣି ପାରୁଥିବା ମୋଟାମୋଟି ଶିଶୁ ଜନ୍ମ ହାର (ପ୍ରତି ୧୦୦୦ ଜଣରେ ୨୧ ଜଣ ଶିଶୁ) ହାସଲ କରାଯାଇପାରିଛି। ତଥାପି ଆଉ କିଛି ବର୍ଷ ପାଇଁ, ଜନସଂଖ୍ୟା ବୃଦ୍ଧି ଅବ୍ୟାହତ ରହିବ। ଏହାକୁ ଜନସଂଖ୍ୟା ଜନିତ ବେଗ ବୋଲି ଅଭିହିତ କରାଯାଏ। ଅର୍ଥାତ୍, ପୂର୍ବର ଅଧିକ ପ୍ରଜନନ ହାର ଯୋଗୁଁ, ଏବେ ଅଧିକ ମହିଳା ପ୍ରଜନନ କ୍ଷମ ହେଉଛନ୍ତି। ଫଳସ୍ୱରୂପ ଅଧିକ ଶିଶୁ ଜନ୍ମ ମଧ୍ୟ ହେଉଛନ୍ତି। ଉତରପ୍ରଦେଶ, ବିହାର, ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶ ଓ ରାଜସ୍ଥାନ ଆଦି କେବଳ ୭ଟି ରାଜ୍ୟରେ ଉଚ୍ଚ ପ୍ରଜନନ ହାର ପରିଲକ୍ଷିତ ହୋଇଛି। ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ରାଜ୍ୟରେ ଏହି ହାର ନିୟନ୍ତ୍ରଣାଧୀନ ରହିଛି। ତେବେ, ଜନନୀ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଜନା, ଆଶା (ଇଝଐଇ), ୧୦୮ ଓ ୧୦୪ ଟେଲିଫୋନ୍ ଆଧାରୀତ ଆମ୍ବୁଲାନ୍ସ ସେବା, ଏବଂ ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ଅଧୀନରେ, ଅଧିକ ଧାଇ ନିଯୁକ୍ତି ଦ୍ୱାରା ଏହି ସଫଳତା ମିଳିପାରିଛି।

ତେବେ, ଏହାର ଅର୍ଥ ନୁହଁ ଯେ, ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଉ ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଆହ୍ୱାନ ନାହିଁ। ଏବେ ମଧ୍ୟ ଦେଶରେ ପ୍ରତ୍ୟେକ ବର୍ଷ ୪୬୫୦୦ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ଏବଂ ୧.୫ ନିୟୁତ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ଭଳି ଘଟଣାଗୁଡ଼ିକ ଘଟୁଛି। ଏହା ସହିତ ଯୋଡ଼ି ହୋଇ ରହିଛି ଗୁଣାତ୍ମକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ବିଷୟ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ପରିବାର ନିୟୋଜନ ପ୍ରତି ସାଧାରଣ ସଚେତନତା ଆସି ସାରିଥିବା ବେଳେ, ଛତିଶଗଡ଼ର ବିଳାସପୁରଠାରେ ଘଟିଥିବା ଦୁଃଖଦ ବନ୍ଧ୍ୟାକରଣ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ, ଆମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଅନ୍ଧାରୁଆ ଦିଗଟିକୁ ଉନ୍ମୁକ୍ତ କରିଦିଏ। ସେ ଯା ହେଉ, ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ ଅଧନୀରେ ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ପୁଞ୍ଜିନିବେଶରେ ବୃଦ୍ଧି ଘଟିଥିଲା। ତଥାପି, ଉନ୍ନତ ଆର୍ଥିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଓ ଉନ୍ନତ ମାନବ ସମ୍ବଳ ଯୋଗାଣ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଧିକ କିଛି ହାସଲ କରାଯାଇପାରିଥାନ୍ତା। ପୁନଶ୍ଚ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ତିନୋଟି ପ୍ରମୁଖ ସାମାଜିକ ପରିମାପକ- ଦାରିଦ୍ର୍ୟ, ପୁଷ୍ଟି ଓ ପରିମଳ- କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଧିକ ଧ୍ୟାନ ଦେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ଥିଲା।

ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ:-

ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ଓ ଗତ ଦୁଇ ଦଶନ୍ଧିର ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଫଳ ଥିଲା ମିଶ୍ରିତ। ପ୍ରାୟତଃ- ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ରହିଛି ଜାତୀୟ ଏଡ୍ସ୍ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ। ଆଫ୍ରିକା ମହାଦେଶର ଉପ-ସାହାରା ଅଂଚଳରେ ଏହି ରୋଗର ଭୟାବହତା ଯଦିଓ ଭାରତରେ ଅନୁଭୂତ ହୋଇନାହିଁ, ତେବେ ଏଡ୍ସ୍ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଓ ନିରାକଣ ପାଇଁ ଆହୁରି ବହୁତ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ବାକି ଅଛି। ସେହିଭଳି ପୋଲିଓ ଏବଂ କୁଷ୍ଠରୋଗ ନିରାକରଣରେ ମଧ୍ୟ ଭାରତକୁ ପ୍ରଶଂସନୀୟ ସଫଳତା ମିଳିଛି। ଫାଇଲେରିଆ, ଏଲିଫାଂଟିଆସିସ୍ ଓ ମେଲେରିଆ ଭଳି ରୋଗଗୁଡ଼ିକୁ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ଭାବେ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରାଯାଇପାରିଛି। ଆଗାମୀ ୧୦-୧୫ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ, ଲେରିଆ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ, ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ନିରାକରଣ ପର୍ଯ୍ୟାୟକୁ ଉନ୍ନୀତ ହେବାର ସମ୍ଭାବନା ରହିଛି। କାଳା ଆଝାର ରୋଗ ଦୁଇ, ତିନୋଟି ରାଜ୍ୟର କେତେକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଅଂଚଳରେ ଏବେ ମଧ୍ୟ ଦେଖାଦେଉଛି- ଯାହାର ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବହୁ ପୂର୍ବରୁ କରାଯାଇ ପାରିଥାନ୍ତା। ଏସବୁ ବାହକ-ଜନୀତ ରୋଗ ବ୍ୟତିରେକ, ଡେଂଗୁ ଓ ଚିକେନ୍‌ଗୁନିଆଁ ପରି ନୂଆ ରୋଗ ବି ସୃଷ୍ଟି ହୋଇଛି। ତେବେ ଏତଦ୍‌ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ସଚେ ଉଦ୍‌ବେଗଜନକ ନୁହଁ। ସେହିଭଳି ଯକ୍ଷ୍ମା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଅନେକ ସଫଳତା ମିଳିଥିଲେ ମଧ୍ୟ, ଔଷଧ ପ୍ରତିରୋଧକାରୀ ଯକ୍ଷ୍ମା ଏବେ ମୁଣ୍ଡବ୍ୟଥାର କାରଣ ପାଲଟିଛି।

ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ଓ ଗତ ଦୁଇ ଦଶନ୍ଧିର ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଫଳ ଥିଲା ମିଶ୍ରିତ। ପ୍ରାୟତଃ-ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ରହିଛି ଜାତୀୟ ଏଡ୍ସ୍ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ। ଆଫ୍ରିକା ମହାଦେଶର ଉପ-ସାହାରା ଅଂଚଳରେ ଏହି ରୋଗର ଭୟାବହତା ଯଦିଓ ଭାରତରେ ଅନୁଭୂତ ହୋଇନାହିଁ, ତେବେ ଏଡ୍ସ୍ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଓ ନିରାକଣ ପାଇଁ ଆହୁରି ବହୁତ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ବାକି ଅଛି।

ଜାତୀୟ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅଧିନରେ ବିଭିନ୍ନ ରୋଗ ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା, ସର୍ବମୋଟ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାର କେବଳ ୬ ପ୍ରତିଶତ। ଏଭଳି ମୃତ୍ୟୁର ଅଧିକାଂଶ ଭାଗ ପାଇଁ ଝାଡ଼ା-ବାନ୍ତି ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଶ୍ୱାସଜନୀତ ରୋଗ ଦାୟୀ। ତେବେ, ସମସ୍ତ ପ୍ରକାରର ସଂକ୍ରମଣ ଜୀନତ ରୋଗ ଦ୍ୱାରା ଘଟୁଥିବା ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା, ସକଳ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାର ୩୦ ପ୍ରତିଶତ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ସୀମିତ ରହିଛି।

ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ଜନୀତ ରୋଗ ପ୍ରାଦୁର୍ଭାବ-

ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗର ପ୍ରଭାବ ହ୍ରାସ ପାଇଥିବା ବେଳେ, ଦେଶରେ ଏବେ, ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରାଦୁର୍ଭାବ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଛି। ସମସ୍ତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାର ପ୍ରାୟ ୬୦

ପ୍ରତିଶତ, କେବଳ ଏହି ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ଯୋଗୁଁ ଘଟୁଛି। ବିଭିନ୍ନ ଘଟଣା-ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ଆହତ ହୋଇ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟୁଥିବା ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା, ସକଳ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାର ପ୍ରାୟ ୧୨ ପ୍ରତିଶତ। ଅଣ ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ମାରାତ୍ମକ ୪ ପ୍ରକାର ରୋଗର ପ୍ରାଦୁର୍ଭାବ ବୁଝିବାକୁ ହେଲେ, ଆମକୁ ଅନ୍ୟ କେତେକ ଦେଶ ସହିତ ତୁଳନା କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଭାରତରେ ଏ ସଂକ୍ରାନ୍ତୀୟ ମୃତ୍ୟୁ ୨୬ ପ୍ରତିଶତ ହୋଇଥିବା ବେଳେ ସ୍ୱିଡ଼େନ୍‌ରେ ୧୦, ଇଂଲଣ୍ଡରେ ୧୨ ଏବଂ ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ ୧୭ ପ୍ରତିଶତ ରହିଛି। ଅନ୍ୟ ଅର୍ଥରେ କହିବାକୁ ଗଲେ, ଏହି ୪ଟି ରୋଗ ଜନୀତ ପୁରୁଷ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ଭାରତରେ ୬୨ ପ୍ରତିଶତ ହୋଇଥିବା ବେଳେ, ସ୍ୱିଡ଼େନ୍‌ରେ ୨୪, ଇଂଲଣ୍ଡରେ ୨୯, ଏବଂ ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ ୪୫ ପ୍ରତିଶତ। ସେହିଭଳି ଏହି ରୋଗ ଜନୀତ ମହିଳା ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା, ଭାରତରେ ୫୨ ପ୍ରତିଶତ ଥିବା ବେଳେ, ସ୍ୱିଡ଼େନ୍‌ରେ ୧୫ ପ୍ରତିଶତ ରହିଛି। ଏହି ଚାରୋଟି ରୋଗ ହେଉଛି କର୍କଟ, ହୃଦ୍‌ରୋଗ, ଶ୍ୱାସ ଜନୀତ ରୋଗ ଓ ଡାଇବେଟିସ୍।

ଏହି ସବୁ ରୋଗର ପ୍ରାବଲ୍ୟ ଓ ପ୍ରାଦୁର୍ଭାବ ମୁକାବିଲା କରିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ପାଇଁ ବହୁ ଆହ୍ୱାନ ରହିଛି। ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ଜରିଆରେ ଗତ ଦୁଇଦଶନ୍ଧୀ ଧରି କେବଳ ଶିଶୁ ଓ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ, ଟୀକାକରଣ, ପରିବାର ନିୟୋଜନ ଆଦି ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା ସତ, କିନ୍ତୁ ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ଗୁଡ଼ିକୁ ଅଣଦେଖା କରାଗଲା। ଏହାହିଁ ହେଉଛି, ସଂକ୍ରାମକ ଓ ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ମଧ୍ୟରେ ସବୁଠାରୁ ବଡ଼ ପାର୍ଥକ୍ୟ। ଏହି ଦୁଇ ପ୍ରକାରର ବ୍ୟାଧି-ଗୋଷ୍ଠୀ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆଉ ଏକ ପାର୍ଥକ୍ୟ ରହିଛି- ତା ହେଉଛି ରୋଗବିପଦ ସୃଷ୍ଟିକାରୀ ଉପାଦାନ। ଦାରିଦ୍ର୍ୟ, ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଓ ପରିମଳ ଭଳି ଉପାଦାନଗୁଡ଼ିକର ଉପସ୍ଥିତି ସତ୍ତ୍ୱେ, ଭାରତ ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣରେ ଅନ୍ୟ ଦେଶ ଅପେକ୍ଷା ଆଖିଦୃଶିଆ ସଫଳତା ପାଇ ପାରିଛି। ଅପରପକ୍ଷରେ, ଅଣସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ଅପେକ୍ଷା ବିକଶିତ ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ, ଓଜନ ବୃଦ୍ଧି, ଶାରିରୀକ ଅକ୍ଷମତା, ମଦ୍ୟପାନ ଓ ଧୂମପାନ ଭଳି ରୋଗ-ବିପଦ ସୃଷ୍ଟିକାରୀ ଉପାଦାନଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରାବଲ୍ୟ ସତ୍ତ୍ୱେ, ସେଠିକା ତୁଳନାରେ ଭାରତରେ କିନ୍ତୁ ଅଣସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକର ପ୍ରାଦୁର୍ଭାବ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଛି। ଏହା ପଛରେ ବିଭିନ୍ନ ସାମାଜିକ କାରଣ ରହିଥିବା ବେଳେ, ଏକ ପ୍ରମୁଖ କାରଣ ହେଉଛି ଦୀର୍ଘ ବର୍ଷ ଧରି, ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଭିତରେ ଏହି ରୋଗଗୁଡ଼ିକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ନ କରିବା। ଏ ଦିଗରେ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା, ପ୍ରତିଷେଧାତ୍ମକ ନ ହୋଇ, କେବଳ ଚିକିତ୍ସା-ଧର୍ମୀ ହୋଇ ରହିଗଲା। ଫଳରେ, ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକର କାୟା ବିସ୍ତାରିତ ହେଲା। ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ଏବଂ ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆରସିଏଚ୍, ଯକ୍ଷ୍ମା, ଏଡ଼୍‌ସ୍, କୁଷ୍ଠ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସାର୍ବଜନନୀତା ରହିଥିଲା। ତେବେ, ଅଣ- ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ପାଇଁ ଏଭଳି କୌଣସି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ନଥିଲା। ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ପାଇଁ ଭାରତ ସରକାର ଏକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ କରିଥିଲେ ସୁଦ୍ଧା, ଏହାର ବ୍ୟାପକତା ନାହିଁ। ଅଣ ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅନ୍ୟ ଏକ ସମସ୍ୟା ହେଉଛି, ଏ ପ୍ରକାର ରୋଗ ଗୁଡ଼ିକର ବିବିଧତା, ଯଦ୍ୱାରା, ପ୍ରତ୍ୟେକ ରୋଗ ପାଇଁ ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଯୋଜନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବା ସମ୍ଭବ ଓ ସମୀଚିନ ନୁହଁ। ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏହି ଅସୁବିଧା ନ ଥିଲା। ତେବେ, ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ପାଇଁ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ରୋଗ ପିଛା ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରଚଳନ କରିବା ବଦଳରେ, ସବୁ ରୋଗ ପାଇଁ ଏକ ସମନ୍ୱିତ କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଏହାର ଅର୍ଥ ହେଉଛି, ଜିଲ୍ଲାସ୍ତରୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଆହୁରି ଦକ୍ଷ ଓ ସକ୍ରିୟ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ସଶକ୍ତିକରଣ:-

ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାର ସଶକ୍ତିକରଣ ପାଇଁ, ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍

ହେଉଛି ଏକ ବଳିଷ୍ଠ ମାଧ୍ୟମ। ଯଦିଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟ, ସମ୍ବିଧାନର ରାଜ୍ୟସୂଚୀ ତାଲିକାଭୁକ୍ତ ହୋଇଛି, ତଥାପି, ଏ ଦିଗରେ, ବିଶେଷ ଭାବରେ ଆର୍ଥିକ ଓ ବୈଚାରିକ ଦୃଷ୍ଟିରୁ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ମଧ୍ୟ ଏକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ରହିଛି। ତେବେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ନିଜର ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ କାର୍ଯ୍ୟଯୋଜନା ସ୍ଥିର କରିବାକୁ ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ ସ୍ୱାଧୀନତା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି।

ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ଦ୍ୱାରା ନିଆଯାଇଥିବା ଏଇଭଳି ଏକ ପଦକ୍ଷେପ ହେଉଛି ପ୍ରାୟ ୯ ଲକ୍ଷ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ- ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ବା ଆଶା (ଇଝଐଇ) କର୍ମୀଙ୍କ ଏକ ବିଶାଳ ଦଳ ସୃଷ୍ଟି କରିବା। ଏଇମାନେ ହିଁ, ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାକୁ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ନିକଟବର୍ତ୍ତୀ କରାଇବାରେ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଭୂମିକା ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି। ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍‌ର ଆଉ ଏକ ଅବଦାନ ହେଉଛି ଏକ ଲକ୍ଷ ଅଠସ୍ତରୀ ହଜାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ମୀଙ୍କ ନିୟୋଜନ। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଜରିଆରେ ପ୍ରାୟ ୧୮ ହଜାର ଆମ୍ବୁଲାନ୍ସ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ ନିୟୋଜିତ କରାଯାଇଛି।

ଦ୍ୱାଦଶ ପଂଚବାର୍ଷିକ ଯୋଜନାରେ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍:-

୨୦୧୨ ମସିହା ପରଠାରୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ ପୁଂଜି ନିବେଶ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ପୁନଶ୍ଚ, ନିବେଶ ହୋଇଥିବା ପୁଂଜିର ସଦ୍‌ବିନିଯୋଗ ମଧ୍ୟ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ଏହାର ଗୋଟିଏ କାରଣ ପ୍ରଶାସନିକ ଅପାରଗତା ବୋଲି କୁହାଯାଉଥିବା ବେଳେ, ଅନ୍ୟ କାରଣଟି ହେଉଛି ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ଅଧିନରେ ହୋଇଥିବା ଦୁର୍ନୀତି। ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ଏହି ସମୟ ମଧ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ବେସରକାରୀ ବ୍ୟକ୍ତି ଓ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଆଦିକୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହିତ କରାଗଲା। ଏହାର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଥିଲା, ସମଗ୍ର ଦେଶରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଦୃଢ଼ୀଭୁତ କରିବା। ୨୦୧୩ ମସିହାରେ, ଜାତୀୟ ସହରାଂଚଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଲା। ଏଥିରେ ମଧ୍ୟ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ପୁଂଜି ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଗଲା ନାହିଁ। ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ଅଧିକ ପୁଂଜିନିବେଶ ବିଷୟରେ ରାଜନୈତିକ ଇଚ୍ଛା ଶକ୍ତି ବ୍ୟତୀତ, ଆଉ ତିନୋଟି ପ୍ରମୁଖ ପ୍ରତିରୋଧକାରୀ କାରଣ ରହିଛି।

ପ୍ରଥମ କାରଣଟି ହେଉଛି, ଅର୍ଥ ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥା। ଆଗରୁ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର, ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ଅଧିକୃତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମିତିକୁ ସିଧାସଳଖ ଅର୍ଥ ପ୍ରଦାନ କରୁଥିବା ବେଳେ, ବର୍ତମାନ କିନ୍ତୁ ଟ୍ରେଜେରୀ ମାଧ୍ୟମରେ ଏହି ଅର୍ଥ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଛି। ଫଳସ୍ୱରୂପ, ଏହି କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଅନୁଦାନ, ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ବଜେଟ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଏକ ଅଂଗ ଭାବେ ଉଭା ହୋଇଛି। ଅବଶ୍ୟ ଏହା ପଛରେ ବଳିଷ୍ଠ ରାଜନୈତିକ ଯୁକ୍ତି ରହିଛି। କିନ୍ତୁ ରାଜନୈତିକ ଯୁକ୍ତି ସହିତ ପ୍ରଶାସନିକ କାର୍ଯ୍ୟଦକ୍ଷତା ଓ ଉତରଦାୟିତ୍ୱ ମଧ୍ୟ ସୁନିଶ୍ଚିତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ। ଅନ୍ୟଥା, ଅର୍ଥର ଦୂରପଯୋଗକୁ ରୋକାଯାଇ ପାରିବ ନାହିଁ। ଦ୍ୱିତୀୟ ପ୍ରତିବନ୍ଧକଟି ହେଉଛି ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ "ଚାହିଦା'"କୁ ଗୁରୁତ୍ୱ ନ ଦେଇ "ଯୋଗାଣ"କୁ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେବା। ଏଥିଯୋଗୁଁ, ଯଥାର୍ଥ ଅର୍ଥ ପ୍ରବନ୍ଧନ ହୋଇପାରିଲା ନାହିଁ। ଥାଇଲାଣ୍ଡ ଭଳି ଦେଶରେ ଚାହିଦା- ଆଧାରିତ ସମ୍ବଳ ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଲାଗୁ କରିବା ଉପରେ ବିଚାର କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ଅବଶ୍ୟ, ନୂତନ ଜାତୀୟ ଚିଠା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନିତୀରେ ଏଭଳି ପ୍ରସ୍ତାବ ରହିଛି। ତୃତୀୟ ଏବଂ ସବୁଠୁ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ପ୍ରତିବନ୍ଧକ ହେଉଛି, କୁଶଳୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତାଙ୍କ ଅଭାବ। ଏମାନଙ୍କ ସ୍ଥାୟୀ ନିଯୁକ୍ତି ପ୍ରକ୍ରିୟା ଓ ବେତନ ଆଦିକୁ ନେଇ ଅନେକ କିଛି କାର୍ଯ୍ୟ କରାଯାଇନାହିଁ। ସୂଚନାଯୋଗ୍ୟ ଯେ, ପ୍ରାୟତଃ ଅଧିକାଂଶ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ହେଉଥିବା ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟର ପ୍ରାୟ ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ଅଂଶ, ଏହି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ମୀ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୃତିଧାରୀମାନଙ୍କୁ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ। ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ଏହି ମାନେ ହିଁ ଅଗ୍ରଣୀ ଭୂମିକା ନିର୍ବାହ କରିଥାନ୍ତି।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଉଦ୍ୟୋଗୀକରଣ:-

ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠା ନିତୀ- ୨୦୧୫ ଅନୁଯାୟୀ, ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ସମସ୍ତ ପ୍ରକାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଜନୀତ ଆବଶ୍ୟକତା ପୁରଣ ଦିଗରେ ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ସରକାରୀ ବ୍ୟୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଖର୍ଚ୍ଚ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଛି। ଫଳସ୍ୱରୂପ, ବହୁ ଲୋକ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ମଧ୍ୟକୁ ଠେଲି ହୋଇ ଯାଉଛନ୍ତି। ବିଶେଷ ଭାବେ, ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗଗୁଡ଼ିକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏଭଳି ହୋଇଥାଏ। ଏଥିପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଅଭାବରେ, ଜନସାଧାରଣ, ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଅନୁଷ୍ଠାନର ଦ୍ୱାରସ୍ଥ ହୋଇ, ବିପୁଳ ଭାବରେ ଖର୍ଚ୍ଚାନ୍ତ ହୋଇଥାନ୍ତି। ଏ କଥା ଅନସ୍ୱିକାର୍ଯ୍ୟ ଯେ, ଦେଶରେ ବର୍ତମାନ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ବିସ୍ତାର ହୋଇଛି। ତେବେ ଏ ଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ଅନେକ କେବଳ ଏହାକୁ ଏକ ବ୍ୟବସାୟ ଦୃଷ୍ଟିରେ ଦେଖନ୍ତି। କେତେକାଂଶରେ ତ ଏହି କ୍ଷେତ୍ରକୁ ପୁଞ୍ଜିନିବେଶର ଏକ ଲାଭଦାୟକ ମାଧ୍ୟମ ବୋଲି ମଧ୍ୟ ବିଚାର କରାଯାଏ। ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉଦ୍ୟୋଗର ବୃଦ୍ଧି ହାର ହେଉଛି ସେବା କ୍ଷେତ୍ର ବୃଦ୍ଧି ହାର ଅପେକ୍ଷା ଦୁଇଗୁଣ ଏବଂ ଜାତୀୟ ବୃଦ୍ଧି ହାର ତୁଳନାରେ ତିନିଗୁଣ। ଏହା ପଛକୁ ରହିଛି ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଉଦ୍ୟୋଗ। ବିଦେଶୀ ପୁଞ୍ଜି ବିନିବେଶ ନୀତୀ ଯୋଗୁଁ, ଏହି କ୍ଷେତ୍ରର ବୃଦ୍ଧି ଅବସ୍ୟମ୍ଭାବୀ। ବଜାର ସୂଚନା ଅନୁଯାୟୀ, ଦେଶର ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉଦ୍ୟୋଗର ମୂଲ୍ୟ ପ୍ରାୟ ୪୦ ବିଲିୟନ ଡଲାର ହୋଇଥିବା ବେଳେ ୨୦୨୦ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା ଏହା ୨୮୦ ବିଲିୟନ୍ ଡଲାରକୁ ବୃଦ୍ଧି ପାଇବ। ଏହା ମଧ୍ୟରୁ, ପ୍ରାୟ ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ଅର୍ଥ ରୋଗୀମାନଙ୍କ

ପକେଟରୁ ଆସୁଥିବା ବେଳେ, ବାକି ଅର୍ଥ ଆସିଥାଏ ଔଷଧ ଓ ଡାକ୍ତରୀ ସାମଗ୍ରୀ ପ୍ରସ୍ତୁତି ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟବୀମା କ୍ଷେତ୍ରରୁ।

ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଉଦ୍ୟୋଗ ସାଧାରଣତଃ ଦେଶର ପ୍ରଥମ ୧୦ ପ୍ରତିଶତ ଧନୀକ ଶ୍ରେଣୀକୁ ଆକର୍ଷିତ କରିବା ପାଇଁ, ବିଶ୍ୱସ୍ତରୀୟ ଚିକିତ୍ସା ସୁବିଧା ପ୍ରଦାନ କରିଥାଏ। ଏହା ମଧ୍ୟ ବିଦେଶୀମାନଙ୍କୁ ଆକର୍ଷିତ କରିଥାଏ। ଏହି ଉଦ୍ୟେଗର ବୃଦ୍ଧି ଯୋଗୁଁ, ବିଶେଷଜ୍ଞ ଡାକ୍ତରମାନେ ମଧ୍ୟ ଲାଳାୟିତ ହୁଅନ୍ତି। ଫଳରେ ଭଲ ଡାକ୍ତରଙ୍କ ପରାମର୍ଶ ପାଇଁ, ସାଧାରଣ ଲୋକ ମଧ୍ୟ ଏହିଭଳି ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଦ୍ୱାରସ୍ଥ ହୁଅନ୍ତି ଏବଂ ଅଯୌକ୍ତିକ ଖର୍ଚ୍ଚର ଶିକାର ହୁଅନ୍ତି। ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭଲ ଡାକ୍ତର ଓ ବିଶେଷଜ୍ଞମାନଙ୍କ ଅଭାବ ସୃଷ୍ଟି ହୁଏ। ଏଥିସହିତ ରହିଛି ଏହି କ୍ଷେତ୍ରର ବ୍ୟବସାୟିକ ଦୃଷ୍ଟିଭଂଗୀ, ଯାହା ବାସ୍ତବିକ୍ ବିପଦ୍‌ଜନକ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ବେସରକାରୀ ଚିକିତ୍ସା ଅନୁଷ୍ଠାନଗୁଡ଼ିକରେ ଚିକିତ୍ସିତ ହେବା ପାଇଁ, ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଔଷଧ ବ୍ୟବହାର ପାଇଁ ଏବଂ ଅଧିକରୁ ଅଧିକ ରୋଗ ସମ୍ପର୍କୀତ ପରୀକ୍ଷା କରିବା ପାଇଁ ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ପ୍ରବର୍ତାଉଥିବା ଡାକ୍ତରମାନଙ୍କୁ ଆର୍ଥିକ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଦେବା ଅଭ୍ୟାସ ପ୍ରକୃତରେ ଉଦ୍‌ବେଗଜନକ।

ରୋଗୀଙ୍କ ପାଇଁ ଅର୍ଥ ସୁରକ୍ଷା-

କେତେକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ପାଇଁ ସରକାର, ସାର୍ବଜନୀନ ଦେୟ ମୁକ୍ତ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପରିଚାଳନା କରିଛନ୍ତି। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ଏଚ୍‌ଆଇଭି ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର ମାଗଣାରେ ଇଜଞ୍ଜ ଔଷଧ ଯୋଗାଇବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିଛନ୍ତି, ଯାହା ଅନ୍ୟ କୌଣସି ଦେଶରେ ନାହିଁ। ସେହିପରି ବାହକ ଜନୀତ ରୋଗ ଯଥା ଯକ୍ଷ୍ମା ଓ କୁଷ୍ଠ ରୋଗ ପାଇଁ ମାଗଣା ଔଷଧ ବିତରଣ କରାଯାଉଛି। ସେହିପରି, ମେଲେରିଆ ନିରାକରଣ ପାଇଁ ଔଷଧଯୁକ୍ତ ମଶାରୀ ବିତରଣ ମଧ୍ୟ ଦେୟମୁକ୍ତ ରଖାଯାଇଛି। ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ଟୀକାକରଣ ସମେତ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦେୟ ମୁକ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଛି। ଏସବୁଥିରେ, ବସେରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରର ଭୂମିକା ଶୂନ୍ୟ। ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ସରକାରୀ ଡାକ୍ତରଖାନାଗୁଡ଼ିକରେ ମାଗଣା ଔଷଧ ବଣ୍ଟନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ କରାଯାଇଛି।

ସରକାରୀ ବୀମା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ:-

ଦରିଦ୍ରମାନଙ୍କ ଆର୍ଥିକ ସୁରକ୍ଷା ପାଇଁ ସରକାର ବୀମା ବ୍ୟବସ୍ଥା ପ୍ରଚଳନ କରିଛନ୍ତି। ଏଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ପ୍ରମୁଖ ହେଉଛି ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନା। କେତେକ ରାଜ୍ୟ ସରକାର ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନା ଲାଗୁ କରିଛନ୍ତି। ୨୦୧୪ ମସିହାରେ ପ୍ରାୟ ୩୭ କୋଟି ବ୍ୟକ୍ତି ଏଭଳି ବୀମା ଯୋଜନା ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇଥିଲେ। ଏମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ତିନି ଭାଗରୁ ଦୁଇ ଭାଗ ଅର୍ଥାତ୍ ପ୍ରାୟ ୧୮ କୋଟି ବ୍ୟକ୍ତି ହେଉଛି ବିପିଏଲ୍ ଶ୍ରେଣୀର।

ବେସରକାରୀ ଓ ସରକାରୀ ସହଭାଗିତା:-

ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଚରମ ଲକ୍ଷ୍ୟ ସାଧନ ପାଇଁ, କ୍ରମବର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଣୁ ବେସରକାରୀ କ୍ଷେତ୍ରର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଭୂମିକା ରହିଛି। ବିଶେଷ ଭାବେ, ବୀମା କ୍ଷେତ୍ରରେ ସରକାର, ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକୁ ନିୟୋଜନ କରିବା ଦରକାର। ତେବେ, ଏଥିପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ ରହିବା ଉଚିତ୍। ଅଧିକାଂଶ ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ ଏଭଳି ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି। ସେହିଭଳି, ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ସମ୍ପର୍କୀତ ଅଭିଯୋଗ ଶୁଣାଣୀ ପାଇଁ, ସରକାରୀ ସ୍ତରରେ ଉପଯୁକ୍ତ ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିବା ଉଚିତ୍। କ୍ଷୁଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ପାଇଁ, ପ୍ରଶିକ୍ଷଣ ଓ ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି ତାଲିମ ମଧ୍ୟ ଆୟୋଜନ କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ୧୦୮ ପରି ଆନୁସଙ୍ଗୀକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

ଉପସଂହାର-

ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ ଦ୍ୱାରା ହାସଲ କରାଯାଇଥିବା ପ୍ରଗତିର ଧାରା ବଜାୟ ରଖିବାକୁ ହେଲେ, ଆମର ପ୍ରୟାସକୁ ଆହୁରି ମଜବୁତ୍ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ ବେସରକାରୀ କ୍ଷେତ୍ରକୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହିତ କରିବା ଏକ ଉଚିତ୍ କାର୍ଯ୍ୟ। କିନ୍ତୁ ବିନା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ଏପରି କରିବା ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବିପଦମୁକ୍ତ ନୁହଁ। ପରିଶେଷରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉନ୍ନତି ପାଇଁ ଆମକୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକର୍ମୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ବଢ଼ାଇବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଏହାସହିତ, ଅଧିକ ପୁଂଜିନିବେଶ ଓ ଆଦର୍ଶ ପ୍ରଶାସନିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ତେବେ ଯାଇ ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଓ ପ୍ରଜନନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଲାଭ ପ୍ରାପ୍ତି ଭଳି ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣରେ ମଧ୍ୟ ଆମେ ଅନୁରୂପ ପ୍ରଗତି ପାଇଁ ଆଶାବାଦୀ ହୋଇପାରିବା।

ଟାଟା ସାମାଜିକ ବିଜ୍ଞାନ ଅନୁଷ୍ଠାନ, ମୁମ୍ବାଇରେ ସ୍କୁଲ୍ ଅଫ୍ ହେଲ୍‌ଥ ଷ୍ଟଡିଜ୍‌ରେ ପ୍ରାଧ୍ୟାପକ ଏବଂ ଡିନ୍ ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟରତ

ଭାରତୀୟ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି

■ ଜେ.ଭି.ଆର୍ ପ୍ରସାଦ ରାଓ

୨୦୧୪ ମସିହାର ନୂତନ ଚିଠା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି, ଅନେକ ଦିଗରୁ ଭିନ୍ନ ବୋଲି ମନେ ହୁଏ। ପ୍ରଥମତଃ, ଏହି ନୀତି ପ୍ରସ୍ତୁତିରେ ସ୍ୱଚ୍ଛତା ରକ୍ଷା ପୂର୍ବକ, ଏହି ଚିଠା ନୀତି ପାଇଁ ସର୍ବସାଧାରଣ ଏବଂ ବିଶେଷଜ୍ଞଙ୍କଠାରୁ ମତାମତ ଲୋଡ଼ାଗଲା। ଦ୍ୱିତୀୟତଃ, ଏଥିରେ, ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଉପରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ଖର୍ଚ୍ଚର ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଭାବକୁ ଏକ ପ୍ରକାରର ବିପର୍ଯ୍ୟୟ ଭାବେ ଗ୍ରହଣ କରାଗଲା। ଏଥିରେ ସ୍ୱିକାର କରାଗଲା ଯେ, "ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ- ଖର୍ଚ୍ଚ ଯୋଗୁଁ ଆୟ-ବୃଦ୍ଧିର ଉପାଦେୟତା ନିଷ୍କ୍ରିୟ ହୋଇଥାଏ।'

ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ, ଗତ ଛଅ ଦଶନ୍ଧି ମଧ୍ୟରେ, ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠା ନୀତି ୨୦୧୪ ହେଉଛି ତୃତୀୟ ଏଭଳି ପଦକ୍ଷେପ। ଏହା ପୂର୍ବରୁ ଆଲ୍‌ମା ଆଟା ଘୋଷଣାନାମା ପୃଷ୍ଠଭୂମିରେ ୧୯୮୩ ମସିହାର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି ପ୍ରଣୀତ ହୋଇଥିଲା। ଏଥିରେ ୨୦୦୦ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା, ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା। ଏଥିରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଭିତିଭୂମି ବିକାଶ, ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବୃତିଧାରୀଙ୍କ ଉତମ ପ୍ରଶିକ୍ଷଣ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଆରୋପ କରାଯାଇଥିଲା। ତେବେ, ସମ୍ବଳ ଉପଲବ୍ଧତା ଏବଂ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ମଧ୍ୟରେ ବିସଂଗତି ଯୋଗୁଁ ଏହି ନୀତି କେବଳ ଏକ ଆଦର୍ଶ ହୋଇ ରହିଗଲା। ତେଣୁ, ୨୦୦୦ ମସିହା ସୁଦ୍ଧା "ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ" ପରିକଳ୍ପନା କେବଳ ଏକ କଳ୍ପନାରେ ହିଁ ରହିଗଲା। ପରେ ପରେ ୨୦୦୦ ମସିହାର ଯୁଗାବ୍ଦ ଘୋଷଣାନାମା ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ବୈଶ୍ୱିକ ଯୁଗାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୃଷ୍ଠଭୂମିରେ, ୨୦୦୨ ମସିହାରେ ପୁଣି ପ୍ରଣୀତ ହେଲା ଆଉ ଏକ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି। "ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ" ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୂରଣ ଦିଗରେ ପୂର୍ବ ନିତୀର ଦୁର୍ବଳତା ଗୁଡ଼ିକର ଚିହ୍ନଟିକରଣ ଏବଂ ସମାଧାନ ଉପରେ ଏହି ନୀତିରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା। ବିଶେଷ ଭାବେ, ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସ୍ଥିତି ସୁଦୃଢ଼ୀକରଣ ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ହେଲା। ତେବେ, ଏଥିପାଇଁ ସମ୍ବଳର ଅତ୍ୟଧିକ ଅଭାବ ଦୂରୀକରଣ ପାଇଁ ଏହି ନୀତି ପ୍ରେରିତ କଲା। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ୧୦ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ, ଦେଶର ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ଦୁଇ ପ୍ରତିଶତ ସମ୍ବଳ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକ୍ଷେତ୍ରରେ ବିନିଯୋଗ

କରିବାକୁ ଏହି ନୀତିରେ ସ୍ଥିର କରାଗଲା। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସମ୍ପର୍କୀତ ଖର୍ଚ୍ଚର ୫୦ ପ୍ରତିଶତ, ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ବିନିଯୋଗ କରିବାକୁ ମଧ୍ୟ ଏହି ନୀତି ଜରିଆରେ ନିଷ୍ପତି ଗ୍ରହଣ କରାଗଲା। ସର୍ବୋପରି, ଦଶ ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ, ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ଉପରେ ଏଥିରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା।

ତେବେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ସରକାରୀ ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟ ଉପରେ ଏହି ନୀତିରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ସତ୍ତ୍ୱେ, ପରବର୍ତ୍ତୀ ୧୦ ବର୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଏଭଳି ଖର୍ଚ୍ଚ, ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ମାତ୍ର ଏକ ପ୍ରତିଶତ ମଧ୍ୟରେ ସୀମିତ ରହିଲା। ଏଥିଯୋଗୁଁ, ଯଦିଓ ବ୍ୟାଧି ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଏବଂ ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଦିଗରେ କିଛିଟା ଉପଲବ୍ଧି ହାସଲ କରାଗଲା, ତଥାପି, ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ଜନୀତ ରୋଗ, ଦରିଦ୍ର ଲୋକଙ୍କ ପାଇଁ ସମାନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଏବଂ ଦେଶରେ ଆବଶ୍ୟକ ହେଉଥିବା ପ୍ରଶିକ୍ଷିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୃତିଧାରୀଙ୍କ ଅଭାବ ପୂରଣ ଦିଗରେ, ବିଶେଷ କିଛି ହାସଲ କରାଯାଇପାରିଲା ନାହିଁ। ଏହି ପୃଷ୍ଠଭୂମିରେ, ୨୦୧୪ ମସିହାର ନୂତନ ଚିଠା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି, ଅନେକ ଦିଗରୁ ଭିନ୍ନ ବୋଲି ମନେ ହୁଏ। ପ୍ରଥମତଃ, ଏହି ନୀତି ପ୍ରସ୍ତୁତିରେ ସ୍ୱଚ୍ଛତା ରକ୍ଷା ପୂର୍ବକ, ଏହି ଚିଠା ନୀତି ପାଇଁ ସର୍ବସାଧାରଣ ଏବଂ ବିଶେଷଜ୍ଞଙ୍କଠାରୁ ମତାମତ ଲୋଡ଼ାଗଲା। ଦ୍ୱିତୀୟତଃ, ଏଥିରେ, ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଉପରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ- ଖର୍ଚ୍ଚର ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଭାବକୁ ଏକ ପ୍ରକାରର ବିପର୍ଯ୍ୟୟ ଭାବେ ଗ୍ରହଣ କରାଗଲା। ଏଥିରେ ସ୍ୱିକାର କରାଗଲା ଯେ, "ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ- ଖର୍ଚ୍ଚ ଯୋଗୁଁ ଆୟ-ବୃଦ୍ଧିର ଉପାଦେୟତା ନିଷ୍କ୍ରିୟ ହୋଇଥାଏ।' ୨୦୦୪-୨୦୦୫ ମସିହାରେ ୧୫ ପ୍ରତିଶତ ବଦଳରେ, ୨୦୧୧-୧୨ ମସିହାରେ ୧୮ ପ୍ରତିଶତ ପରିବାର ଏଭଳି ଅତ୍ୟଧିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଖର୍ଚ୍ଚ କରିଛନ୍ତି ବୋଲି ଏ ଚିଠା ନୀତିରେ ଉଲ୍ଲେଖ ରହିଛି। ଏହି ଚିଠାନୀତିରେ ଏହା ମଧ୍ୟ କୁହାଗଲା ଯେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଣ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଜନନୀ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ ଜାତୀୟ ରୋଗ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଉପରେ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦିଆଯିବା ଫଳରେ, ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ମାନଦଣ୍ଡ ବୃଦ୍ଧି ସେଭଳି ଆଖିଦୃଶିଆ ହୋଇପାରିଲା ନାହିଁ। ତେଣୁ, ଏହି ନୀତିରେ ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ଜନିତ ରୋଗ ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଗୁରୁତ୍ୱ ଆରୋପ କରାଗଲା। ମୋଟାମୋଟି ଭାବରେ, ସମାନତା, ସାର୍ବଜନୀନତା ଓ ଅନ୍ତଃର୍ନିବେଶୀ ସହଭାଗିତା ଆଧାରିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନିର୍ମାଣ କରିବା ସକାଶେ, ସରକାରଙ୍କ ଭୂମିକା ଉପରେ ଏହା ଚିଠା ନୀତିରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା।

ଅବଶ୍ୟ, ଆଦର୍ଶ-ସମ୍ବଳୀତ ଚିଠା ଏବଂ ଜାତୀୟ ନୀତି ମଧ୍ୟରେ ଏକ ମୌଳିକ ପାର୍ଥକ୍ୟ ରହିଛି। ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମୟସୀମା ମଧ୍ୟରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମ୍ମାନ ବିନିଯୋଗ ଜରିଆରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି କରିବା ପାଇଁ ନୀତିରେ ଉଲ୍ଲେଖ ଥାଏ। ଅର୍ଥାତ୍, ସରକାର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବେ କ'ଣ କରିବାକୁ ଚାହୁଁଛନ୍ତି, ତାହା ହିଁ ଏଭଳି ନୀତିରେ ସ୍ପଷ୍ଟ ରୂପେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ହୋଇଥାଏ। ବର୍ତମାନର ଚିଠା ନୀତିରେ ଅନେକ ଆଦର୍ଶଗତ ଆକାଂକ୍ଷାମାନ ରହିଛି। ତେଣୁ, ଏକ ନୀତି ପ୍ରଣୟନ ପାଇଁ, ଏଥିରେ ଥିବା ଆଦର୍ଶଗୁଡ଼ିକର ରୂପାନ୍ତରଣ ସକାଶେ ଆବଶ୍ୟକ ପନ୍ଥା ଓ ସମ୍ବଳ ଆଦି ସମ୍ପର୍କରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭାବେ ଆଲୋକପାତ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

ଆଗାମୀ ୧୦/୧୫ ବର୍ଷ ସମୟ ସୀମା ମଧ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ କେଉଁ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇପାରିବ, ତାହା ଏହି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ବର୍ଣ୍ଣିତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ। ପୁନଶ୍ଚ, ସେପ୍ଟେମ୍ବର ୨୦୧୫ ମସିହାରେ ଅନ୍ୟ ଦେଶ ସମେତ ଭାରତ, ଜାତିସଂଘର ସାଧାରଣ ଅଧିବେଶନରେ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (ଏସ୍‌ଡିଜି-୩)କୁ ମଧ୍ୟ ଏଥିରେ ସମାହିତ କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ଏଥିରେ ସମାନତା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ଉଚିତ୍।

୨୦୦୨ ମସିହାର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ପ୍ରଥମ ଥର ପାଇଁ ଉପଯୁକ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ, ଆବଶ୍ୟକ ପୁଞ୍ଜି ନିବେଶ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହେଲା। ଏହାଦ୍ୱାରା ନିଜ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ଦୁଇ ପ୍ରତିଶତରୁ ଅଧିକ ଖର୍ଚ୍ଚ କରୁଥିବା ବ୍ରାଜିଲ ଓ ଶ୍ରୀଲଙ୍କା ଭଳି ଦେଶର ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସ୍ଥିତି ସହିତ ଭାରତ ମଧ୍ୟ ସମକକ୍ଷ ହୋଇପାରିବ ବୋଲି ବିବେଚନା କରାଗଲା। ବାସ୍ତବରେ, ବର୍ତମାନର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ୨.୫ ପ୍ରତିଶତ ଖର୍ଚ୍ଚ କରିବାକୁ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ କଲା। ଠିକ୍ ସେମିତି ରାଜ୍ୟସ୍ତରରେ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ ପାଣ୍ଠି ପରିମାଣ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହେବା ଉଚିତ୍। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, କେତେକ ବିକଶିତ ଅର୍ଥନୀତି, ଏପରିକି ପଡ଼ୋଶୀ ଶ୍ରୀଲଙ୍କା ଏବଂ କେରଳରେ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ, ସକଳ ସରକାରୀ ଖର୍ଚ୍ଚର ପ୍ରାୟ ୧୧ ପ୍ରତିଶତ ଖର୍ଚ୍ଚ କରାଯାଏ।

ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ସହଜ ଉପଲବ୍ଧତା ପାଇଁ ଉପଯୁକ୍ତ ବାତାବରଣ ସୃଷ୍ଟି ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଏହି ନିତୀରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ। ସମ୍ବିଧାନ ଅନୁଯାୟୀ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହେଉଛି ରାଜ୍ୟ-ସୂଚୀ ଅନ୍ତର୍ଭୂକ୍ତ ବିଷୟ। ତେବେ, ଯୁଗ୍ମ ସୂଚୀ ଅନୁଯାୟୀ, କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ମଧ୍ୟ ବ୍ୟାଧି- ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଏବଂ ନିରାକରଣ ଓ ଜନସଂଖ୍ୟା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ପାଇଁ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଦାୟିତ୍ୱ ରହିଛି। ଏ ଦିଗରେ ମଧ୍ୟ ଉଭୟ ରାଜ୍ୟ ସରକାର ଓ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଦାୟିତ୍ୱ ଏବଂ ଉତରଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହେବା ଉଚିତ୍। ବିଭିନ୍ନ ସାମାଜିକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସକାଶେ, ରାଜ୍ୟ ସରକାରଗୁଡ଼ିକୁ କେନ୍ଦ୍ରରୁ ଅଧିକରୁ ଅଧିକ ସମ୍ବଳ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଇଥିବାରୁ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଣ ପାଇଁ

Unfiled Notes Page 12

ରାଜ୍ୟ ଗୁଡ଼ିକର ଅଧିକ ଦାୟିତ୍ୱବୋଧ ରହିବା ବାଂଛନୀୟ। ଏଭଳି ନ ହେବା ଦ୍ୱାରା, ଏବେ ମଧ ବିଭିନ୍ନ ରାଜ୍ୟର ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସ୍ଥିତି ମଧ ଭିନ୍ନ ଭିନ୍ନ। ନୂତନ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ଏଥିପ୍ରତି ମଧ ବିଶେଷ ଦୃଷ୍ଟି ଦେବା ଆଶ୍ୟକ। ତେବେ ଯାଇ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଅଧିନରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଲକ୍ଷ୍ୟ-୩ ପୂରଣ ହେବାର ସମ୍ଭାବନା ସୃଷ୍ଟି ହୋଇପାରିବ।

ତଳସ୍ତରରେ ମଧ ଦକ୍ଷ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ, ଯୋଜନାଗୁଡ଼ିକର କାର୍ଯ୍ୟାନ୍ୱୟନରେ ବିକେନ୍ଦ୍ରୀକରଣ ହେବା ଉଚିତ୍। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ସାର୍ବଜନୀନତା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏକ ବିଶାଳ ପଦକ୍ଷେପ ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଥିବା ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ୍ ମଧ ଏହିପରି ବିକେନ୍ଦ୍ରୀକରଣ ଉପରେ ଆଧାରିତ ହେବା ବିଧେୟ। କାରଣ, ଏହାଦ୍ୱାରା ତୃଣମୂଳସ୍ତରରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନରେ କାର୍ଯ୍ୟଦକ୍ଷତା ଓ ଉତରଦାୟିତ୍ୱ ବୃଦ୍ଧି ପାଇବ।

ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏବେ ମଧ ଅନେକ ଗୁଡ଼ିଏ ଆଇନ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି। ଏଥିଯୋଗୁଁ, ଉଭୟ କେନ୍ଦ୍ର ଓ ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ ବିଭ୍ରାନ୍ତିକର ପରିସ୍ଥିତି ସୃଷ୍ଟି ହେଉଛି। ତେଣୁ, ବିଶେଷ ଭାବେ ଗରିବ ଓ ଅବହେଳିତ ବର୍ଗ ପାଇଁ ସମାନତା ଭିତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଣ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିବା ସକାଶେ ଏଭଳି ଆଇନ୍‌ଗୁଡ଼ିକୁ ସମନ୍ୱିତ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ। ଶସ୍ତା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇବା, ଦେଶର ପ୍ରତ୍ୟେକ ନାଗରିକଙ୍କର ଏକ ଅବିଚ୍ଛେଦ୍ୟ ଅଧିକାର ହେବା ଉଚିତ୍। ବର୍ତ୍ତମାନର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠାନୀତି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ଏକ ମୌଳିକ ଅଧିକାରର ମାନ୍ୟତା ଦେବା ପାଇଁ ଉଚ୍ଚାଭିଳାଷୀ ପ୍ରତୀତ ହୁଏ। ତେଣୁ, ଏ ଦିଗରେ ସରକାର, ସମ୍ପ୍ରଦାୟ ଏବଂ ବିଶେଷଜ୍ଞମାନଙ୍କ ମଧରେ ଅଧିକ ବିଚାର-ବିମର୍ଷ ହେବା ଉଚିତ୍।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଏବଂ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠା ନୀତି ମଧରେ ସାର୍ବଜନନୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାକୁ ନେଇ ସମାନତା ରହିଛି। ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଏକ ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହେବା ଉଚିତ ବୋଲି ଭାରତ ସରକାର ବିଚାର କରନ୍ତି। ତେବେ ଏହାକୁ ବାସ୍ତବତାରେ ପରିଣତ କରିବା ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ସମ୍ବଳ ଯୋଗାଇ ପାରିନାହାଁନ୍ତି। ଆବଶ୍ୟକ ଔଷଧ ଓ ରୋଗ ନିରୂପଣ ସୁବିଧା ସମେତ ଗରିବ ଓ ଅବହେଳିତଙ୍କ ପାଇଁ ବିନାମୂଲ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଣ ଏବଂ ନିମ୍ନ ଓ ମଧବିତ ପରିବାର ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟବୀମା ଯୋଜନାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେଉଛି ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଦୁଇ ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ। ଏହା ଖୁସିର କଥା ଯେ ବର୍ତମାନର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠା ନୀତିରେ ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କୁଟନୀତିକୁ ସମ୍ମିଳିତ କରାଯାଇଛି। ତେଣୁ, ଔଷଧ ପ୍ରସ୍ତୁତି, ଆଫ୍ରିକା ଓ ଏସିଆ ମହାଦେଶ ପାଇଁ ଜୀବନ ରକ୍ଷାକାରୀ ଔଷଧ ଯୋଗାଣ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ବାଣିଜ୍ୟ ଓ ବୌଦ୍ଧିକ ସମ୍ପତି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ନିଜର ଭୂମିକାକୁ ପୁନଃ ମୂଲ୍ୟାଙ୍କନ କରିବା ଉଚିତ୍। କାରଣ ଏଭଳି ଭୂମିକାର ସିଧାସଳଖ ସମ୍ପର୍କ ଦେଶର ଆର୍ଥିକ ବିକାଶ ଓ ଉନ୍ନତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସହିତ ରହିଛି। ଏକଦା ବିଦେଶୀ ଅନୁଦାନ ଗ୍ରହଣକାରୀ ଦେଶ ଥିବା ଭାରତ ଆଜି ଦକ୍ଷିଣାଂଚଳ ଦେଶଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ଆର୍ଥିକ ଓ ବୈଷୟିକ ସହାୟତା ପ୍ରଦାନକାରୀ ରାଷ୍ଟ୍ର ଭାବେ ଉଭା ହୋଇଛି। ତେଣୁ ଦେଶର ଏଭଳି ଭୂମିକାକୁ ମଧ ନୂତନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ସ୍ଥାନ ଦେବା ଆବଶ୍ୟକ।

ଆବଶ୍ୟକ ଔଷଧ ଓ ରୋଗ ନିରୂପଣ ସୁବିଧା ସମେତ ଗରିବ ଓ ଅବହେଳିତଙ୍କ ପାଇଁ ବିନାମୂଲ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଣ ଏବଂ ନିମ୍ନ ଓ ମଧବିତ ପରିବାର ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟବୀମା ଯୋଜନାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେଉଛି ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଦୁଇ ପ୍ରମୁଖ ଅଙ୍ଗ। ଏହା ଖୁସିର କଥା ଯେ ବର୍ତମାନର ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଚିଠା ନୀତିରେ ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କୁଟନୀତିକୁ ସମ୍ମିଳିତ କରାଯାଇଛି।

ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଗତି, ସାମାଜିକ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତିକରଣ ଓ ଧାରଣକ୍ଷମ ପରିବେଶ ରୂପକ ତିନୋଟି ସ୍ତମ୍ଭ ଉପରେ ନିର୍ମିତ ବିକାଶ ପଥରେ ଭାରତ ନିଜର ଯାତ୍ରା ଅବ୍ୟାହତ ରଖିଛି। ଏହି ତିନୋଟି ଯାକ ସ୍ତମ୍ଭର ସୁଦୃଢ଼ୀକରଣ ପାଇଁ ନୂତନ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ଆବଶ୍ୟକ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯିବା ଉଚିତ୍।

ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ପୂର୍ବତନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଚିବ ଏବଂ ଏସୀୟ ପ୍ରଶାନ୍ତ ମହାସାଗରୀୟ ଅଂଚଳ ପାଇଁ, ମିଳିତ ଜାତିସଙ୍ଘ ସାଧାରଣ ସଚିବଙ୍କ ବିଶେଷ ପ୍ରତିନିଧି

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ସମ୍ବଳ

■ ଆଲୋକ କୁମାର

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସରକାରୀ ପୁଂଜିନିବେଶ ସହିତ, ଏହାର ଫଳାଫଳ ମଧ୍ୟ ଆକଳନ କରାଯିବା ଉଚିତ। ଭାରତ ସହିତ ସମକକ୍ଷ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କେତେକ ଦେଶ ତୁଳନାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ସେତେଟା ପ୍ରଗତି ହାସଲ କରିପାରିନାହିଁ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୨ ମସିହା ମଧ୍ୟରେ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ହୋଇଥିବା ବେଳେ, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ୬୭, ନେପାଲ୍‌ରେ ୬୬ ଏବଂ କାମ୍ବୋଡ଼ିଆରେ ୬୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ଘଟିଥିଲା। ସେହିପରି, ଉଭୟ ଭାରତ ଓ ବାଂଲାଦେଶ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ନିଜ ନିଜ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ପ୍ରାୟ ୧.୩ ପ୍ରତିଶତ ଲେଖାଏଁ ଖର୍ଚ୍ଚ କରୁଥିଲେ ସୁଦ୍ଧା, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ଏହାର ସୁଫଳ, ଭାରତ ଅପେକ୍ଷା ବେଶୀ।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହିଁ ସମ୍ପଦ। କିନ୍ତୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ସମ୍ବଳ ଆବଶ୍ୟକ। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଯେ କୌଣସି ବିଚାର- ବିମର୍ଷ ଅସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ରହିବ, ଯଦି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ହେଉଥିବା କିମ୍ବା ହେବାକୁ ଥିବା ଖର୍ଚ୍ଚକୁ ସାମିଲ କରା ନ ଯାଏ। ଗତ କିଛି ବର୍ଷ ଧରି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ପୁଞ୍ଜିନିବେଶକୁ ନେଇ ସରକାରଙ୍କୁ ସମାଲୋଚିତ ହେବାକୁ ପଡ଼ିଛି। ଏପରିକି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ଖର୍ଚ୍ଚ ସମେତ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ମଧ୍ୟ ସରକାରୀ ବ୍ୟୟ ହ୍ରାସ ପାଇଛି ବୋଲି ଅଭିଯୋଗ ହୁଏ। ଏହା ସହିତ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଖର୍ଚ୍ଚ କମ୍ ହେଲେ, ଏହାର କୁ-ପ୍ରଭାବ ସମଗ୍ର ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ମଧ୍ୟ ପଡ଼ିବ ବୋଲି ଆଶଙ୍କା ପ୍ରକାଶ ପାଏ। ତେବେ, ଏଭଳି ଅଭିଯୋଗ ଓ ଆଶଙ୍କା ଅମୂଳକ ପ୍ରମାଣିତ ହୁଏ, ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର ପ୍ରଦାନ କରୁଥିବା ଅନୁଦାନର ମାତ୍ରା ବୃଦ୍ଧିକୁ ତର୍ଜମା କଲେ। ନିଜସ୍ୱ ତଥା କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଆର୍ଥିକ ଅନୁଦାନ ସହାୟତାରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ପାନୀୟ ଜଳ, ପରିମଳ ଓ ପୁଷ୍ଟି ଆଦି ବିଷୟରେ ଆବଶ୍ୟକ ସେବା ଯୋଗାଇ ଦେବା ହେଉଛି, ରାଜ୍ୟ ସରକାର ଗୁଡ଼ିକର କର୍ତବ୍ୟ।

ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ୨୦୧୫-୧୬ ମସିହାର ବ୍ୟୟ ବଜେଟ୍ ଅନୁଯାୟୀ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ କ୍ଷେତ୍ରଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ସର୍ବମୋଟ ୪୮୪୦୯.୬ କୋଟି ଟଙ୍କା ବ୍ୟୟ ଅଟକଳ କରାଯାଇଛି। ୨୦୧୪-୧୫ ପାଇଁ ଏହାର ପରିମାଣ ଥିଲା ୬୧୬୦୨.୦୫ କୋଟି ଟଙ୍କା। ଏମିତିଥିରେ ଦେଖିଲେ, ଗତ ଆର୍ଥିକ ବର୍ଷ ତୁଳନାରେ ଚଳିତ ଆର୍ଥିକ ବର୍ଷ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଖର୍ଚ୍ଚ ହ୍ରାସ ପାଇଥିବା ମନେ ହୁଏ। ଏହାର କାରଣ ହେଉଛି, କେନ୍ଦ୍ର-ରାଜ୍ୟ ଭିତରେ

ପୂର୍ବର ବ୍ୟୟ ଅନୁପାତ ୭୦:୩୦ କିମ୍ବା ୭୫:୨୫ ଥିବା ବେଳେ, ତାହା ବର୍ତମାନ ୬୦:୪୦ ହୋଇଛି। ଅର୍ଥାତ୍, ଚଳିତ ବର୍ଷର ଏହି ବଜେଟ୍ ଖର୍ଚ୍ଚରେ ରାଜ୍ୟମାନଙ୍କ ନିଜସ୍ୱ ଅନୁଦାନ ପରିମାଣକୁ ସାମିଲ୍ କରାଯାଇନାହିଁ। ସୂଚନାଯୋଗ୍ୟ ଯେ, ଚତୁର୍ଦ୍ଦଶ ଅର୍ଥ କମିସନ ସୁପାରିଶ ଆଧାରରେ, ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ ଅତିରିକ୍ତ ୧.୭୮ ଲକ୍ଷ୍ୟ କୋଟି ଟଙ୍କା ଅନୁଦାନ ଦିଆଯାଇଛି। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଭଳି ବିଭିନ୍ନ ସାମାଜିକ ଓ ଆର୍ଥିକ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ଷମ ହେଉଥିବା କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଯୋଜନା ଗୁଡ଼ିକ ସକାଶେ ଏହି ଅନୁଦାନ ଦେବାକୁ ହୁଏ। ତେଣୁ, ଯଦି ଉଭୟ କେନ୍ଦ୍ର ଓ ରାଜ୍ୟ ଅନୁଦାନକୁ ସାମଗ୍ରିକ ଭାବେ ଦେଖାଯାଏ, ତେବେ ଏହା ସ୍ପଷ୍ଟ ହୋଇଯିବ ଯେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ, ବାସ୍ତବରେ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର କୌଣସି ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟ କରିନାହାନ୍ତି। ବରଂ ରାଜ୍ୟ ସରକାର ଗୁଡ଼ିକ ନିଜସ୍ୱ ଆନୁପାତିକ ଅନୁଦାନର କେତେକ ପରିମାଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ବିନିଯୋଗ କରୁଛନ୍ତି, ତାହା ସେମାନଙ୍କ ନିଜସ୍ୱ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଉପରେ ନିର୍ଭର କରେ।

ଏଠି ମନେ ରଖିବାକୁ ହେବ ଯେ, କେନ୍ଦ୍ର ସରକାରଙ୍କ ସାଂପ୍ରତିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଅନୁଯାୟୀ, ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ସାମଗ୍ରିକ ଭାବେ ହିଁ କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଅନୁଦାନ ଦିଆଯାଉଛି। ତେବେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମେତ କେଉଁ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ଏହି ଅନୁଦାନର କେତେକ ପରିମାଣ ଖର୍ଚ୍ଚ କରାଯିବ, ତାହା ନିର୍ଭର କରେ ରାଜ୍ୟ ସରକାରଗୁଡ଼ିକ ଉପରେ। ଏହି ନୂତନ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ହେଉଛି, ନିଜ ନିଜର ଆବଶ୍ୟକତା ଅନୁଯାୟୀ ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମେତ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ସ୍ୱାଧୀନ ଭାବେ ଟଙ୍କା ଖର୍ଚ୍ଚ କରିପାରିବେ। ତେଣୁ, ବାସ୍ତବରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ଅନୁଦାନରେ କୌଣସି ହ୍ରାସ କରାଯାଇନାହିଁ। ବରଂ ଅନୁଦାନ ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ପୁର୍ନବିନ୍ୟାସ କରାଯାଇଛି।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସରକାରୀ ପୁଂଜିନିବେଶ ସହିତ, ଏହାର ଫଳାଫଳ ମଧ୍ୟ ଆକଳନ କରାଯିବା ଉଚିତ। ଭାରତ ସହିତ

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସରକାରୀ ପୁଂଜିନିବେଶ ସହିତ, ଏହାର ଫଳାଫଳ ମଧ୍ୟ ଆକଳନ କରାଯିବା ଉଚିତ। ଭାରତ ସହିତ ସମକକ୍ଷ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କେତେକ ଦେଶ ତୁଳନାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ସେତେଟା ପ୍ରଗତି ହାସଲ କରିପାରିନାହିଁ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୨ ମସିହା ମଧ୍ୟରେ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ହୋଇଥିବା ବେଳେ, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ୬୭, ନେପାଲରେ ୬୬ ଏବଂ କାମ୍ବୋଡ଼ିଆରେ ୬୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ଘଟିଥିଲା। ସେହିପରି, ଉଭୟ ଭାରତ ଓ ବାଂଗଲାଦେଶ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ନିଜ ନିଜ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ପ୍ରାୟ ୧.୩ ପ୍ରତିଶତ ଲେଖାଏଁ ଖର୍ଚ୍ଚ କରୁଥିଲେ ସୁଦ୍ଧା, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ଏହାର ସୁଫଳ, ଭାରତ ଅପେକ୍ଷା ବେଶୀ।

ସମକକ୍ଷ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କେତେକ ଦେଶ ତୁଳନାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ସେତେଟା ପ୍ରଗତି ହାସଲ କରିପାରିନାହିଁ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୨ ମସିହା ମଧ୍ୟରେ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ହୋଇଥିବା ବେଳେ, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ୬୭, ନେପାଲ୍‌ରେ ୬୬ ଏବଂ କାମ୍ବୋଡ଼ିଆରେ ୬୦ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ଘଟିଥିଲା। ସେହିପରି, ଉଭୟ ଭାରତ ଓ ବାଂଗଲାଦେଶ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ନିଜ ନିଜ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ପ୍ରାୟ ୧.୩ ପ୍ରତିଶତ ଲେଖାଏଁ ଖର୍ଚ୍ଚ କରୁଥିଲେ ସୁଦ୍ଧା, ବାଂଗଲାଦେଶରେ ଏହାର ସୁଫଳ, ଭାରତ ଅପେକ୍ଷା ବେଶୀ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ ପାଞ୍ଚବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସ୍କ ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୫.୪ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ପାଇଥିବା ବେଳେ, ଭାରତର ଏହି ହାର ୩.୮ ପ୍ରତିଶତ ଥିଲା। ୟୁନିସେଫ୍‌ର ୨୦୧୪ ମସିହାର ଏକ ରିପୋର୍ଟ ଅନୁଯାୟୀ ବାଂଗଲାଦେଶରେ ୧୯୯୦ ମସିହାରେ ଏହି ହାର ୧୯୯ରୁ ହ୍ରାସ ପାଇ ୨୦୧୩ରେ ୪୧ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଖସିଥିବା ବେଳେ, ଭାରତରେ ଏହି ହାର ୧୯୯୦ ମସିହାରେ ୧୨୬ ରୁ ହ୍ରାସ ପାଇ ୨୦୧୩ ବେଳକୁ ୫୩ରେ ପହଂଚିଥିଲା। ତେଣୁ, ଏ କଥା ପ୍ରମାଣିତ ଯେ, କେବଳ ଖର୍ଚ୍ଚ ବଢ଼େଇ ଦେଲେ, ଭଲ ଫଳାଫଳ ମଧ୍ୟ ଆପଣା ଛାଏଁ ମିଳିଯାଏ ନାହିଁ। ଏଥିପାଇଁ ଉପଯୁକ୍ତ ପଦକ୍ଷେପ ଆବଶ୍ୟକ। ପ୍ରଥମତଃ, ପ୍ରାଥମିକ ଓ ପ୍ରତିଷେଧକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯିବା ଉଚିତ୍। ଏହାଦ୍ୱାରା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ହୋଇଥିବା ପୁଞ୍ଜିନିବେଶର ସର୍ବାଧିକ ଲାଭ ମିଳିପାରିବ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ସୁସ୍ଥତା ରୂପରେ। ସେହିଭଳି, ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ସଂସ୍ଥାଗୁଡ଼ିକୁ ନିଜର ବ୍ୟୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ପ୍ରବନ୍ଧନ ପାଇଁ ଆର୍ଥିକ ସ୍ୱାଧିନତା ଦେବା ଉଚିତ୍। ଆଉ ମଧ୍ୟ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ମୀମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ହେଉଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଫଳାଫଳ ଓ ସେମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଆର୍ଥିକ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ମଧ୍ୟରେ ସିଧାସଳଖ ସମ୍ପର୍କ ରହିବା ଉଚିତ୍। କାରଣ, ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ

ସାଧାରଣତଃ ଉତ୍ସର୍ଗୀକୃତ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ନ ଥାନ୍ତି। ଏନ୍‌ଏସ୍‌ଏସ୍‌ଓର ୭୧ ତମ ଜାତୀୟ ନମୂନା ସର୍ବେକ୍ଷଣରୁ ଜଣାପଡ଼େ ଯେ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉପଲବ୍ଧ ଥିଲେ ମଧ୍ୟ ଜନସାଧାରଣ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉପଯୋଗ କରିବାକୁ ଅଧିକ ପସନ୍ଦ କରିଥାନ୍ତି। ଏହାର କାରଣ ଭାବେ ୪୫ ପ୍ରତିଶତ ବ୍ୟକ୍ତି ସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନରେ "ଅସନ୍ତୋଷ" ବ୍ୟକ୍ତ କରିଥିବା ବେଳେ, ୨୭ ପ୍ରତିଶତଙ୍କ ପାଇଁ ଏହା ଯଥେଷ୍ଟ ସମୟ ସାପେକ୍ଷ ଏବଂ ୯ ପ୍ରତିଶତଙ୍କ ପାଇଁ ଏହି ସୁବିଧାର ଦୂରବର୍ତୀ ଅବସ୍ଥିତି। ତେଣୁ, ଭଲ ସେବା ପ୍ରଦାନ ପାଇଁ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ମୀମାନଙ୍କୁ ଉପଯୁକ୍ତ ଆର୍ଥିକ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଦିଆଯିବା ଉପରେ ବିଚାର କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ତେବେ ତା ପୂର୍ବରୁ, ଭଲ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ଓ ତତ୍‌ଜନୀତ ଫଳାଫଳକୁ ବିଭିନ୍ନ ମାପଦଣ୍ଡ ସାହାଯ୍ୟରେ ଆକଳନ କରାଯିବା ଉଚିତ୍।

ଭାରତ ନିଜ ସକଳ ଘରୋଇ ଉତ୍ପାଦନର ୪ ପ୍ରତିଶତ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବିନିଯୋଗ କରିଥାଏ। ତେବେ, ଏହି କ୍ଷେତ୍ରରେ ବ୍ୟୟ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ବିପରୀତ ପ୍ରଭାବ ମଧ୍ୟ ପରିଲକ୍ଷିତ ହୁଏ। ଅର୍ଥାତ୍, ଅନୁପଯୁକ୍ତ ବ୍ୟୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗୁଁ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ହିତାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଅଯଥାରେ ଖର୍ଚ୍ଚାନ୍ତ କରାଇଥାଏ। ଏକ ଆକଳନରୁ ଜଣାଯାଏ ଯେ, ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ୮୬ ପ୍ରତିଶତ ଖର୍ଚ୍ଚ ହିତାଧିକାରୀଙ୍କୁ ଉଠାଇବାକୁ ପଡ଼ିଥାଏ, ଯଦ୍ୱାରା, ପ୍ରତ୍ୟେକ ବର୍ଷ ପ୍ରାୟ ୩୭ ନିୟୁତ ବ୍ୟକ୍ତି ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଭିତରକୁ ଠେଲି ହୋଇଯାଆନ୍ତି। ଏତେ ପରିମାଣର ଅର୍ଥର ସୁବିନିଯୋଗ କରାଗଲେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନରେ ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି କରାଯାଇପାରନ୍ତା। ଏହାର ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ, ଉତମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ, ଜନସାଧାରଣ କୌଣସି ଅର୍ଥ ବିନିଯୋଗ କରିବେ ନାହିଁ। ତେବେ, ଜନସାଧାରଣ ଯେଉଁ ଅତ୍ୟଧିକ ଆର୍ଥିକ ବୋଝ ଉଠାଇଥାନ୍ତି, ତାହା କେବଳ ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଲାଭଖୋର ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଯୋଗୁଁ। ସଂଯୋଗବଶତଃ, ଚିକିତ୍ସାଳୟ ବହିର୍ଭୁତ ୭୨-୭୯ ପ୍ରତିଶତ ରୋଗୀ ଏବଂ ଚିକିତ୍ସାଳୟ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ୫୮-୬୮ ପ୍ରତିଶତ ରୋଗୀଙ୍କୁ ଏହି ବେସରକାରୀ ସଂସ୍ଥା ବା ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଏ,। ତେବେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ପୁଂଜିନିବେଶର ଉପଯୁକ୍ତ ଫଳ ପ୍ରାପ୍ତିରେ ଏହି ବେରସକାରୀ ଲାଭଖୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଭୂମିକାକୁ ଏଯାବତ୍ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଇନାହିଁ। ଫଳସ୍ୱରୂପ, ଦେଶର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ପ୍ରକୃତି, ପ୍ରତିଷେଧକଧର୍ମୀ ହେବା ବଦଳରେ, ଚିକିତ୍ସାଧର୍ମୀ ହୋଇପଡ଼ିଛି। ଏହାଦ୍ୱାରା ଏଭଳି ବେସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀ ବିଶେଷ ଉପକୃତ ହେଉଛନ୍ତି। ତେଣୁ, ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ, ସରକାର, ବେସରକାରୀ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଭୂମିକାକୁ ଅଣଦେଖା କରିବା ଅନୁଚିତ୍। ତେଣୁ, ଉପଯୁକ୍ତ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ପରିଧି ମଧ୍ୟରେ, ସରକାରୀ ଓ ବେସରକାରୀ ସେବା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଭିତରେ ପରସ୍ପରକୁ ସୁହାଇଲା ଭଳି ସହଯୋଗାତ୍ମକ ସମ୍ପର୍କ ରହିବା ଉଚିତ୍। ଏହାଦ୍ୱାରା, ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁନିଶ୍ଚିତ ହେବା ସହିତ, ଦେଶର ବିକାଶ ମଧ୍ୟ ତ୍ୱରାନ୍ୱିତ ହୋଇପାରିବ। ଏ ଦିଗରେ ପରୀକ୍ଷାମୂଳକ ଭାବେ ପ୍ରୟାସ ଆରମ୍ଭ କରାଯିବା ଉଚିତ୍, ଯଦ୍ୱାରା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବ୍ୟୟ ଓ ପରିଣାମ ମଧ୍ୟରେ ଉପଯୁକ୍ତ ସମନ୍ୱୟ ସ୍ଥାପନ କରାଯାଇପାରିବ।

ଉପଦେଷ୍ଟା, ନିତି (NITI)ଆୟୋଗ

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ : ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ଦୃଶ୍ୟପଟ

■ ଡାକ୍ତର ସୁଭାଷ ଶର୍ମା

୧୯୭୮ରେ ଆଲମା ଆଟା ଘୋଷଣାନାମା ଅନୁସାରେ ଜାତିସଂଘ ପକ୍ଷରୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରିକଳ୍ପନା କରାଯାଇଥିଲା। ତଦନୁସାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମାନତା ଏବଂ ଗୋଷ୍ଠୀର ଆବଶ୍ୟକତାକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ଏହି ପରିକଳ୍ପନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି। ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ସମ୍ବିଧାନରେ ଉଲ୍ଲେଖ ଅଛି ଯେ, "ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରକ୍ଷା, ଜୀବନ ଧାରଣର ମାନ, ଚିକିତ୍ସା ସେବା, ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ସୁରକ୍ଷା ଅଧିକାର ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ଥଳେ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଚିକିତ୍ସା ଓ ଯତ୍ନ ଏବଂ ମା ଓ ଶିଶୁଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁରକ୍ଷାକୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାରେ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ।"

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରିକଳ୍ପନା ସାମାଜିକ ବିକାଶର ଏକ ସାମଗ୍ରିକ ଆଦର୍ଶ ଉପରେ ଆଧାରିତ। ଏଥିରେ ମଣିଷର ସୁଖ ସମୃଦ୍ଧି ଅପେକ୍ଷା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁରକ୍ଷାକୁ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦିଆଯାଇଛି। ମାନବ ବିକାଶ, ସାମାଜିକ ବିକାଶଠାରୁ ଯଥେଷ୍ଟ ସ୍ୱଚ୍ଛ ବୋଧଗମ୍ୟ ଏବଂ ପରିବର୍ତ୍ତନଯୋଗ୍ୟ ଯାହା ତିନିଟି ଉପାଦାନକୁ ନେଇ ଗଠିତ। ତାହା ହେଲା ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଆୟରେ ବୃଦ୍ଧି, ଶିକ୍ଷାରେ ଉନ୍ନତି ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ (ଦୀର୍ଘ ପରମାୟୁ)। ଏହା ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁରକ୍ଷା (ୟୁଏଚ୍‌ସି) ଅପେକ୍ଷା କେବଳ ବ୍ୟାପକ ଓ ପୂର୍ଣ୍ଣାଙ୍ଗ ନୁହେଁ, ମାନ ଏବଂ ପହଂଚ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ମଧ୍ୟ ଭିନ୍ନ। ସାର୍ବଜନିନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସବୁ ଲୋକଙ୍କୁ ଏହାର ପରିସରଭୁକ୍ତ କରିବା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରୁଥିବା ବେଳେ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ମଣିଷର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ଜିନ୍ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରୁଛି। ଦ୍ୱିତୀୟତଃ ୟୁଏଚ୍‌ସି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ଅର୍ଥ ଯୋଗାଣ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଏ। ଏଥିରେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ସରକାରୀ, ବେସରକାରୀ, ମିଳିତ ଉଦ୍ୟୋଗ ଆଦି କ୍ଷେତ୍ରରୁ ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ ପଡ଼ିଲେ ଲୋକଙ୍କଠାରୁ ମଧ୍ୟ କିଛି ଅର୍ଥ ଚାନ୍ଦା ବା ଦାନ ଆକାରରେ ସଂଗ୍ରହ କରାଯାଇଥାଏ। ଅପର ପକ୍ଷରେ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ରାଷ୍ଟ୍ର ଅର୍ଥ ଯୋଗାଇଦିଏ। ତୃତୀୟତଃ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁରକ୍ଷା ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ମୁଖ୍ୟତଃ ବେସରକାରୀ ବୀମା କମ୍ପାନୀଗୁଡ଼ିକ ଜରିଆରେ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯାଇଥାଏ। ମାତ୍ର ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଲୋକଙ୍କୁ ସରକାରୀ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମାଧ୍ୟମରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଇ ଦେବାର

ବ୍ୟବସ୍ଥା ହୋଇଛି।

ସୂଚନାଯୋଗ୍ୟ ଯେ ୧୯୭୮ରେ ଆଲମା ଆଟା ଘୋଷଣାନାମା ଅନୁସାରେ ଜାତିସଂଘ ପକ୍ଷରୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରିକଳ୍ପନା କରାଯାଇଥିଲା। ତଦନୁସାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମାନତା ଏବଂ ଗୋଷ୍ଠୀର ଆବଶ୍ୟକତାକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ଏହି ପରିକଳ୍ପନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି। ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ସମ୍ବିଧାନରେ ଉଲ୍ଲେଖ ଅଛି ଯେ, "ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରକ୍ଷା, ଜୀବନ ଧାରଣର ମାନ, ଚିକିତ୍ସା ସେବା, ଅସୁସ୍ଥତା ସମୟରେ ସୁରକ୍ଷା ଅଧିକାର ଏବଂ ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ଥଳେ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ଚିକିତ୍ସା ଓ ଯତ୍ନ ଏବଂ ମା ଓ ଶିଶୁଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁରକ୍ଷାକୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାରେ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ।" ଏହା ସହିତ ମାନବାଧିକାର ସୁରକ୍ଷା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ମିଳିତ ଜାତିସଂଘର ଘୋଷଣାନାମା ଅନୁସାରେ ସମସ୍ତଙ୍କର ଜୀବନଧାରଣ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ରତା ଓ ନିରାପତ୍ତା ଅଧିକାର ରହିଛି। ବଂଚିବାର ଅଧିକାର ମଧ୍ୟରେ ଖାଦ୍ୟ ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅଧିକାର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ। ଏ କଥା ଭାରତର ସୁପ୍ରିମକୋର୍ଟ ମଧ୍ୟ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରି ସ୍ପଷ୍ଟ କରି ଦେଇଛନ୍ତି। ୧୯୭୮ର ଆଲମା ଆଟା ଘୋଷଣାନାମା, ଜାତିସଂଘର ମାନବାଧିକାର ଘୋଷଣାନାମା ଏବଂ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ସମ୍ବିଧାନର ନୀତି ନିୟମକୁ ପରିପାଳନ କରିବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ରଖିଛି। ପ୍ରକୃତରେ ୧୯୭୮ର ଆଲମା ଆଟା (ଏବେ କାଜାକିସ୍ତାନର ରାଜଧାନୀ ଓ ଏହାର ନୂଆ ନାମ ଅଲମାଟି) ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ସମ୍ମିଳନୀରେ ବିଶ୍ୱର ସମସ୍ତ ଜନତାଙ୍କ ପାଖରେ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପହଂଚାଇ ସେମାନଙ୍କୁ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖିବା ପାଇଁ ଜରୁରୀ ପଦକ୍ଷେପ ନେବାକୁ ସବୁ ରାଷ୍ଟ୍ର, ସମସ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ବିକାଶ କର୍ମୀଙ୍କୁ ଅନୁରୋଧ କରାଯାଇ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗୃହୀତ ହୋଇଥିଲା। ଏହାର ମୁଖ୍ୟାଂଶ ହେଲା -

(୧) ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କେବଳ ବ୍ୟାଧି ବା ଦୌର୍ବଲ୍ୟ ନୁହେଁ। ମାନସିକ, ଶାରୀରିକ ଓ ସାମାଜିକ ଭାବେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୁସ୍ଥ ରହିବା ହିଁ ବାସ୍ତବ ସୁସ୍ଥତା ଓ ଏହା ମାନବର ମୌଳିକ ଅଧିକାର।

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାର ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଉପରେ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନ ବାରମ୍ବାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେଇ ଆସୁଛି। ସେଥିପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅର୍ଥ ଲଗାଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇ ଏହି ଯୋଜନାକୁ ସଫଳ କରିବାକୁ ପ୍ରୟାସ କରିଛି। ବିଶ୍ୱ ବ୍ୟାଙ୍କ ମଧ୍ୟ ଏଥି ପାଇଁ ଅର୍ଥଯୋଗାଣର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିଛି। ବିଶ୍ୱ ବ୍ୟାଙ୍କ ମଧ୍ୟ ତାହାର ବିଶ୍ୱ ବିକାଶ ରିପୋର୍ଟ - ୧୯୯୩ରେ ଏହାକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିଛି। ତଦନୁସାରେ ଅନଗ୍ରସର ଓ ଗରିବ ରାଷ୍ଟ୍ର ସମୂହ କିପରି ସ୍ୱଳ୍ପ ମୂଲ୍ୟରେ ଲୋକଙ୍କୁ ସଫଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଇ ଦେଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ ପ୍ରୟାସ କରିଛି।

ଯଥା ସମ୍ଭବ ସର୍ବୋଚ୍ଚ ସ୍ତରର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଓ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଗାଣ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସାମାଜିକ ଲକ୍ଷ୍ୟ।

(୨) ବର୍ତ୍ତମାନର ଲୋକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତିରେ ଥିବା ବ୍ୟାପକ ଅସମାନତା, ବିଶେଷ କରି ବିକଶିତ ଓ ବିକଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ଏ କ୍ଷେତ୍ରର ବ୍ୟବଧାନ ରାଜନୈତିକ, ସାମାଜିକ ଓ ଅର୍ଥନୈତିକ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଗ୍ରହଣୀୟ ନୁହେଁ।

(୩) ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାର ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତାରେ ଆର୍ଥିକ ଓ ସାମାଜିକ ବିକାଶର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଅବଦାନ ରହୁଥିବାରୁ ସେଥିପ୍ରତି ଧ୍ୟାନ ଦେବା ଓ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଥିବା ବ୍ୟବଧାନ ଦୂର କରିବା।

(୪) ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ଯୋଜନା ଓ ରୂପାୟନରେ ମିଳିତ ଏବଂ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଅଂଶଗ୍ରହଣ କରିବାର ଅଧିକାର ଓ କର୍ତ୍ତବ୍ୟ ଜନତାଙ୍କର ରହିଛି।

(୫) ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ ନିଜର ଲୋକଙ୍କୁ ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗାଇ ଦେବାର ଦାୟିତ୍ୱ ବିଭିନ୍ନ ସରକାରଙ୍କର ଏବଂ ସେ ଦିଗରେ ସେମାନଙ୍କୁ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ହେବ।

(୬) ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥିବାରୁ ତାହାକୁ ଏଭଳି ମୂଲ୍ୟରେ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ ଯାହା ସଂପୃକ୍ତ ଗୋଷ୍ଠୀ ବା ସଂପ୍ରଦାୟ ଓ ରାଷ୍ଟ୍ର ବହନ କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ।

(୭) ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ସ୍ଥାନୀୟ, ଜାତୀୟ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଲବ୍ଧ ସମ୍ବଳର ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିନିଯୋଗ।

(୮) ସବୁ ସରକାର ଏ ସମ୍ପର୍କରେ ଜାତୀୟ ନୀତି ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ସହ ଏହାକୁ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଅଂଶ ଭାବେ ସାମିଲ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ।

(୯) ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସବୁ ଦେଶ ମଧ୍ୟରେ ସହଯୋଗ ରହିବା ସହ ନିଜ ସଫଳତାର ଲାଭ ଅନ୍ୟମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବାଂଟିବା।

(୧୦) ସାମରିକ ପ୍ରସ୍ତୁତି, ଅସ୍ତ୍ର କ୍ରୟ

ଏବଂ ଅଣ ଉତ୍ପାଦନକାରୀ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବ୍ୟୟ ହେଉଥିବା ବିପୁଳ ଅର୍ଥକୁ ହ୍ରାସ କରି ତାହାକୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାରେ ବିନିଯୋଗ କରିବା।

ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାର ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଉପରେ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନ ବାରମ୍ବାର ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେଇ ଆସୁଛି। ସେଥିପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅର୍ଥ ଲଗାଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇ ଏହି ଯୋଜନାକୁ ସଫଳ କରିବାକୁ ପ୍ରୟାସ କରିଛି। ବିଶ୍ୱ ବ୍ୟାଙ୍କ ମଧ ଏଥି ପାଇଁ ଅର୍ଥଯୋଗାଣର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିଛି। ବିଶ୍ୱ ବ୍ୟାଙ୍କ ମଧ ତାହାର ବିଶ୍ୱ ବିକାଶ ରିପୋର୍ଟ - ୧୯୯୩ରେ ଏହାକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିଛି। ତଦନୁସାରେ ଅନଗ୍ରସର ଓ ଗରିବ ରାଷ୍ଟ୍ର ସମୂହ କିପରି ସ୍ୱଳ୍ପ ମୂଲ୍ୟରେ ଲୋକଙ୍କୁ ସଫଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଇ ଦେଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ ପ୍ରୟାସ କରିଛି। ପରିତାପର ବିଷୟ ଡାଇବେଟିସ୍, ମୋତିଆବିନ୍ଦୁ, ଉଚ୍ଚରକ୍ତଚାପ, ମାନସିକ ବ୍ୟାଧି, ସର୍ଭିକାଲ କ୍ୟାନସର ଭଳି ସାଧାରଣ ବ୍ୟାଧି ସ୍ୱଳ୍ପ ଆୟକାରୀ ଦେଶରେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ହୋଇନାହିଁ। ଏଥିପାଇଁ ପାଣ୍ଠି ଯୋଗାଣର ବ୍ୟବସ୍ଥା ନାହିଁ।

୧୯୮୦ ଓ ୯୦ ଦଶକର ଉଦାରୀକରଣ, ଘରୋଇକରଣ ଏବଂ ଜଗତୀକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଯୋଗୁଁ ଅନେକ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ର ନାନାବିଧ ସମସ୍ୟାର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଥିଲେ। ଅର୍ଥାଭାବରୁ ବହୁ ଦେଶର ସରକାର ବିକାଶମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ବଡ଼ ଧରଣର ଖର୍ଚ୍ଚ କାଟ କରିବାରୁ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅର୍ଥାଭାବର ସମ୍ମୁଖୀନ ହୋଇଥିଲା। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଚିକିତ୍ସକ ଓ ସହାୟକ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଉତ୍କଟ ଅଭାବ ଘଟିଥିଲା। ଫଳରେ ଲୋକେ ଘରୋଇ ଚିକିତ୍ସାଳୟକୁ ଯିବାକୁ ବାଧ ହୋଇଥିଲେ। ଚିକିତ୍ସା ଉପକରଣ, ଔଷଧ, ରୋଗ ନିଦାନ ଓ ପରୀକ୍ଷା ନିରୀକ୍ଷା ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ ପ୍ରଭାବିତ ହେବାରୁ ସରକାରୀ ହସ୍‌ପିଟାଲଗୁଡ଼ିକରେ କେବଳ ରୋଗୀଙ୍କୁ ପ୍ରେସକ୍ରିପ୍‌ସନ ଦିଆଯାଇ ବାହାରୁ ପରୀକ୍ଷା ନିରୀକ୍ଷା ଓ ଔଷଧ କିଣିବାକୁ କୁହାଗଲା। ଏହାର ସୁଯୋଗ ନେଇ ଘରୋଇ ଚିକିତ୍ସକମାନେ ମୋଟା ଅଙ୍କର ଫି ନେଇ ଅଯଥା ପରୀକ୍ଷା ନିରୀକ୍ଷା ଓ ଅନାବଶ୍ୟକ ଭାବେ ଦାମୀ ଔଷଧ କିଣିବାକୁ ରୋଗୀଙ୍କୁ

ପରାମର୍ଶ ଦେଲେ। ସରକାରୀ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଶିଥିଳତାର ସୁଯୋଗ ନେଇ ସରକାରୀ ଡାକ୍ତର ଏବଂ ସହାୟକ କର୍ମଚାରୀମାନେ ନିଜ କାମ ଛାଡ଼ି ଘରୋଇ କ୍ଲିନିକ୍ ଓ ଚିକିତ୍ସାଳୟରେ ଅଧିକ ସମୟ ଦେଇ ରୋଜଗାରରେ ବ୍ୟସ୍ତ ରହିଲେ। ଅଧିକ ରୋଜଗାର ନିଶା ଓ ବ୍ୟାବସାୟିକ ମନୋଭାବ ଯୋଗୁଁ ଏହି ଚିକିତ୍ସକ ଓ ସହାୟକ କର୍ମଚାରୀମାନେ ମଧ ନିଜର କାର୍ଯ୍ୟ ସମୟରେ ସରକାରୀ ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ରହିଲେ ନାହିଁ। ରୋଗୀଙ୍କୁ ରିହାତି ମୂଲ୍ୟରେ ଖାଦ୍ୟ, ପୁଷ୍ଟିସାଧନ, ନିରାପଦ ପାନୀୟଜଳ ଓ ପରିମଳ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯୋଗାଇବା ଦାୟିତ୍ୱରୁ ସରକାର ଅର୍ଥାଭାବରୁ ଓହରିବାରୁ ଗରିବ ଲୋକଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ କ୍ରମଶଃ ସଂକ୍ରାମକ ଓ ଅଣସଂକ୍ରାମକ ବ୍ୟାଧି ଅଧିକ ବ୍ୟାପିବାରେ ଲାଗିଲା। ଏହାର ଚିକିତ୍ସା ପାଇଁ ସେମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ପଇସା ନଥିଲା। ପରିଣାମ ସ୍ୱରୂପ ଅନେକ ଲୋକ ବହୁଦିନ ରୋଗରେ ପଡ଼ି ଚିକିତ୍ସା ଅଭାବରୁ ମଲେ।

ମୁକ୍ତ ବଜାର ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଓ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଯତ୍ନ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଥିଲେ ହେଁ ଚିଲି, କଲମ୍ବିଆ ଭଳି ଲାଟିନ ଆମେରିକୀୟ ଦେଶରେ ଏହା ବିଶେଷ ଫଳପ୍ରଦ ହୋଇନଥିଲା। ଘରୋଇ ବୀମା କମ୍ପାନୀ, କନ୍‌ସଲଟାନ୍ସି ଫାର୍ମ, ଘରେଇ ଔଷଧ କମ୍ପାନୀ ଓ ଘରୋଇ ହସପିଟାଲ ବ୍ୟବସ୍ଥାରୁ ଫାଇଦା ଉଠାଇ ପ୍ରଚୁର ଲାଭ ଉପାର୍ଜନ କରିବା ବେଳେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ମାନ, ଦକ୍ଷତା ହ୍ରାସ ପାଇଲା ଏବଂ ସମଗ୍ର ଚିକିତ୍ସା ବ୍ୟବସ୍ଥା ଅତ୍ୟନ୍ତ ବ୍ୟୟବହୁଳ ହେଲା।

ଏବେ ଉଭୟ ବିକାଶଶୀଳ ଓ ବିକଶିତ ଦେଶରେ ପବ୍ଲିକ୍-ପ୍ରାଇଭେଟ୍ ପାର୍ଟନରସିପ୍, ମଡନାଇଜେସନ, ଭାଲ୍ୟୁ ଅଫ୍ ମନୀ, ହେଲ୍‌ଥ ଇନ୍‌ସ୍ୟୁରାନ୍ସ ଆଦି ଶବ୍ଦ ମୂଳମନ୍ତ୍ର ହୋଇଛି। ଏହା ସତ୍ତ୍ୱେ ଚୀନ, କ୍ୟୁବା, କୋଷ୍ଟାରିକା, ମାଲେସିଆ, ଶ୍ରୀଲଙ୍କା, ଭେନିଜୁଏଲା ଓ ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ ଏବେ ମଧ କିଛି ବିକଳ୍ପ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ଚାଲିଛି। ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ ୨୦୦୨ରୁ ଚାଲିଥିବା ଏଭଳି ଏକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଲୋକଙ୍କୁ ବିନା ଅର୍ଥରେ ଚିକିତ୍ସା ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଉଛି। ସେ ଦେଶର ସରକାରୀ ହସପିଟାଲର ୭୭% ବେଡ୍ ଏହି ଯୋଜନାର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ। କ୍ୟୁବାରେ ମଧ ସବୁ ସରକାରୀ ହସ୍‌ପିଟାଲରେ ମାଗଣା ମୋତିଆବିନ୍ଦୁ ଅସ୍ତ୍ରୋପଚାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ବହୁକାଳରୁ ଚାଲିଆସୁଛି। ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ

Unfiled Notes Page 19

ଡାକ୍ତର ଓ ନର୍ସଙ୍କ ପାଇଁ ୩ବର୍ଷ ଗ୍ରାମାଂଚଳ ଚାକିରି ବାଧ୍ୟତାମୂଳକ। ସେଠାରେ ସରକାରୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବାବଦ ବ୍ୟୟ (୨୦୦୮ ହିସାବରେ) ଜିଡିପିର ୨.୭ ଶତାଂଶ ଯାହା ପର୍ଯ୍ୟାପ୍ତ ନୁହେଁ। ଏହା ସତ୍ତ୍ୱେ ସେଠାର ସରକାର ମାଗଣା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗାଣ ଅବ୍ୟାହତ ରଖିଛନ୍ତି। ଥାଇଲାଣ୍ଡରେ ପ୍ରତି ୧୦ହଜାର ରୋଗୀଙ୍କ ପାଇଁ ମାତ୍ର ୩ଜଣ ଚିକିତ୍ସକ ଥିବାବେଳେ ମାଲେସିଆରେ ଏହା ୯.୪, ଫିଲିପାଇନ୍ସରେ ୧୨.୨, ଭିଏତନାମ ଓ ସିଙ୍ଗାପୁରରେ ୧୮.୩ ଜଣ। ଭଲ ଦରମା ଅଭାବରୁ ଉପରୋକ୍ତ ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ ନର୍ସଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା କମ୍। ଅଧିକ ରୋଜଗାର ଆଶାରେ ସେମାନେ ସିଙ୍ଗାପୁର ପଳାଇ ଯାଉଛନ୍ତି। ଶହସ୍ରାବ୍ଦୀ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (ଏମଡିଜିଏସ୍) ଘୋଷଣା ପରେ ଜାତିସଂଘର ସଭ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ରମାନେ ସର୍ବସମ୍ମତି କ୍ରମେ ଯେଉଁ ନିଷ୍ପତ୍ତି ନେଇଥିଲେ ସେଗୁଡ଼ିକ ହେଲା - (୧) ୧୯୯୦-୨୦୧୫ ମଧ୍ୟରେ ବୁଭୁକ୍ଷୁ ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ଅଧା କମାଇବା। (୨) ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୫ ମଧ୍ୟରେ ପାଂଚ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁହାର ଦୁଇ ତୃତୀୟାଂଶ ହ୍ରାସ କରିବା। (୩) ଏହି ସମୟ ସୀମା ମଧ୍ୟରେ ମାତୃମୃତ୍ୟୁହାର ତିନି ଚତୁର୍ଥାଂଶକୁ କମାଇବା। (୪) ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ପ୍ରଜନନକ୍ଷମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ସମସ୍ତଙ୍କୁ ସୁଯୋଗ ଦେବା। (୫) ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ଏଚ୍ଆଇଭି, ଏଡ୍ସର ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରି ଆକ୍ରାନ୍ତଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ହ୍ରାସ କରିବା। (୬) ମ୍ୟାଲେରିଆ ଓ ଅନ୍ୟ ବଡ଼ବଡ଼ ବ୍ୟାଧିକୁ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରି ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆକ୍ରାନ୍ତଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ହ୍ରାସ କରିବା ଏବଂ (୭) ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ନିରାପଦ ପାନୀୟ ଜଳ ଏବଂ ମୌଳିକ ପରିମଳ ବ୍ୟବସ୍ଥା ପାଉନଥିବା ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ଅଧା କମାଇବା।

ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ୨୦୧୫ ରିପୋର୍ଟ ଅନୁସାରେ ୫ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଯେତେ ଶିଶୁ ମରୁଛନ୍ତି ସେଥିମଧ୍ୟରୁ ୪୫ ଶତାଂଶ ମୁଖ୍ୟତଃ ଅପପୁଷ୍ଟି ଜନିତ କାରଣରୁ ପ୍ରାଣ ହରାଉଛନ୍ତି। ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରଗୁଡ଼ିକରେ କମ୍ ଓଜନର ଶିଶୁଙ୍କ ଅନୁପାତ ୨୮ ଶତାଂଶରୁ ୧୭ ଶତାଂଶକୁ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ୨୦୧୫ରେ ଏହା ୧୬%କୁ କମିବ ବୋଲି ଆଶା କରାଯାଉଛି।

ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ୨୦୧୫ ରିପୋର୍ଟ ଅନୁସାରେ ୫ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଯେତେ ଶିଶୁ ମରୁଛନ୍ତି ସେଥିମଧ୍ୟରୁ ୪୫ ଶତାଂଶ ମୁଖ୍ୟତଃ ଅପପୁଷ୍ଟି ଜନିତ କାରଣରୁ ପ୍ରାଣ ହରାଉଛନ୍ତି। ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରଗୁଡ଼ିକରେ କମ୍ ଓଜନର ଶିଶୁଙ୍କ ଅନୁପାତ ୨୮ ଶତାଂଶରୁ ୧୭ ଶତାଂଶକୁ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ୨୦୧୫ରେ ଏହା ୧୬%କୁ କମିବ ବୋଲି ଆଶା କରାଯାଉଛି। ୧୯୯୦ରେ ବିଶ୍ୱର ଭୋକିଲା ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ୨୫ ଶତାଂଶ ଥିବାବେଳେ ଏହାକୁ ୨୦୧୩ ସୁଦ୍ଧା ଅଧା ହ୍ରାସ କରିବାକୁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା। ଏହି ହାର ୨୦୧୩ରେ ୧୫ ଶତାଂଶରେ ପହଂଚି ପାରିଥିଲା। ତେବେ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସଫଳତା ହାର ଆମେରିକା, ୟୁରୋପ, ପ୍ରଶାନ୍ତ ମହାସାଗର ସନ୍ନିକଟ ଦେଶ ସମୂହରେ ଭଲ ହୋଇଥିବା ବେଳେ ପୂର୍ବ ଭୂମଧ୍ୟ ସାଗର ଅଂଚଳ, ଦକ୍ଷିଣ-ପୂର୍ବ ଏସିଆ ଓ ଆଫ୍ରିକାରେ ଭଲ ନଥିଲା। ଭାରତରେ ପ୍ରାୟ ୪୭ ଶତାଂଶ ଶିଶୁଙ୍କ ଓଜନ ସ୍ୱାଭାବିକଠାରୁ କମ୍। ସେହିଭଳି ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ଆବଶ୍ୟକ ଶାରୀରିକ ବୃଦ୍ଧି ଘଟୁନଥିବା ପିଲାଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ସାରା ବିଶ୍ୱରେ ୩୭ ଶତାଂଶ ହ୍ରାସ ପାଇ ୨୫୭ ନିୟୁତରୁ ୧୬୧ ନିୟୁତ ହୋଇଥିଲା। ଆମେ ସେହି ସଫଳତା ହାସଲ କରିପାରିଲୁ ନାହିଁ।

ଦ୍ୱିତୀୟରେ ୧୯୯୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ପାଂଚ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୪୯ ଶତାଂଶ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା ଯଦିଓ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଥିଲା ଦୁଇ ତୃତୀୟାଂଶ। ସେତେବେଳେ ୧୦୦୦ ଜନ୍ମରେ ନବଜାତକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ଅନୁପାତ ୯୦ ରୁ ୪୬ କୁ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ୨୦୧୩ରେ ଭାରତରେ ଏହି ଅନୁପାତ ଥିଲା ୪୨। ଏହି ହିସାବ ଅନୁସାରେ ୧୯୯୦ ତୁଳନାରେ ୨୦୧୩ରେ ସାରା ବିଶ୍ୱରେ ଦୈନିକ ୧୭ହଜାର କମ୍ ନବଜାତକଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟୁଥିଲା। ୧୯୯୦ ତୁଳନାରେ ୨୦୧୩ରେ ସାରା ଦୁନିଆରେ ନବଜାତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ୪.୭ ନିୟୁତରୁ ୨.୮ ନିୟୁତକୁ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ଏକହଜାର ଜନ୍ମ ପିଛା

ନବଜାତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ଉପରୋକ୍ତ ସମୟରେ ୩୩ ରୁ ୨୨କୁ ହ୍ରାସ ପାଇ ୩୯ ଶତାଂଶ ହୋଇଥିଲା। ଏହି ସମୟରେ ବିଭିନ୍ନ ଅଂଚଳର ପାଂଚ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସର ସଫଳତାକୁ ଅନୁଧ୍ୟାନ କଲେ ଦେଖାଯାଏ ଯେ ଆଫ୍ରିକାର ୪୭ଟି ଦେଶ ମଧ୍ୟରୁ ଛ'ଟି ଦେଶ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦୁଇ ତୃତୀୟାଂଶ ସଫଳତା ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିପାରିଥିବାବେଳେ ୨୫ଟି ଠିକଣା ରାସ୍ତାରେ ଥିଲେ ଏବଂ ଅବଶିଷ୍ଟ ୧୪ଟି ଦେଶ ଲକ୍ଷ୍ୟର ଅଧାରେ ମଧ୍ୟ ପହଂଚି ପାରି ନ ଥିଲେ। ଉଭୟ ଉତର ଓ ଦକ୍ଷିଣ ଆମେରିକାରେ ୩୫ଟି ଦେଶ ମଧ୍ୟରୁ ପାଂଚଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିପାରିଥିବାବେଳେ ୩ଟି ଠିକଣା ପଥରେ ଥିଲେ। ଅନ୍ୟ ୨୪ଟି ଦେଶ ପ୍ରାୟ ଲକ୍ଷ୍ୟର ଅଧାରେ ରହିଥିବା ବେଳେ ଅବଶିଷ୍ଟ ୩ଟି ଦେଶ ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟର ଅଧାରୁ କମ୍‌ରେ ରହିଥିଲେ।

ଦକ୍ଷିଣ-ପୂର୍ବ ଏସିଆର ୧୧ଟି ରାଷ୍ଟ୍ର ମଧ୍ୟରୁ ୫ଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିଥିବାବେଳେ ୨ଟି ଠିକଣା ରାସ୍ତାରେ ଓ ଅବଶିଷ୍ଟ ଲକ୍ଷ୍ୟର ଅଧାରେ ଥିଲେ। ୟୁରୋପର ୫୩ଟି ଦେଶ ମଧ୍ୟରୁ ୨୩ଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିଥିବା ବେଳେ ୪ଟି ସନ୍ତୋଷଜନକ ପଥରେ ଏବଂ ଅବଶିଷ୍ଟ ୨୬ଟି ଦେଶ ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟର ଅଧାରୁ ଉର୍ଦ୍ଧ୍ୱରେ ଥିଲେ। ପୂର୍ବ ଭୂମଧ୍ୟ ସାଗରୀୟ ଅଞ୍ଚଳରେ ମୋଟ ୨୧ଟି ଦେଶ ମଧ୍ୟରୁ ୬ଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୂରଣ କରିଥିଲେ ଓ ଦୁଇଟି ସନ୍ତୋଷଜନକ ଭାବେ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପଥରେ ଗତି କରୁଥିବା ବେଳେ ୧୨ଟି ଅତି କମ୍‌ରେ ଲକ୍ଷ୍ୟର ପ୍ରାୟ ମଧ୍ୟ ସ୍ଥଳରେ ଏବଂ ଗୋଟିଏ ରାଷ୍ଟ୍ର ଅଧାଠାରୁ ପଛରେ ରହିଥିଲା। ୨୭ଟି ପଶ୍ଚିମ ପ୍ରଶାନ୍ତ ମହାସଗାରୀୟ ରାଷ୍ଟ୍ର ମଧ୍ୟରୁ ୩ଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିଥିଲେ, ଅନ୍ୟ ୨୪ଟି ସନ୍ତୋଷଜନକ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ ପଥରେ ନଥିଲେ।

ସମଗ୍ର ବିଶ୍ୱରେ ୧୯୪ଟି ଦେଶ ମଧ୍ୟରୁ ୨୫ ଶତାଂଶ ବା ୪୮ଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିଥିବାବେଳେ ୧୩ ଟି (୭%) ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ ଠିକଣା ରାସ୍ତାରେ, ୧୦୯ଟି (୫୬%) ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟର ପ୍ରାୟ ଅଧାରେ ଏବଂ ୨୪ଟି (୧୨%) ଦେଶ ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷର ଅଧାଠାରୁ ତଳେ ଥିଲେ। ଅତଏବ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ଅଧିକାଂଶ ଦେଶ (୧୩୩) ପାଂଚ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ଦୁଇ ତୃତୀୟାଂଶ ହ୍ରାସ କରିବା ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିପାରି ନଥିଲେ। ପାଂଚବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରମୁଖ କାରଣଗୁଡ଼ିକ ହେଲା - ସମୟ ପୂର୍ବରୁ ଜନ୍ମ ଜନିତ ଜଟିଳତା (୧୭%) ନିମୋନିଆ (୧୫%), ଜନ୍ମକାଳୀନ ଶ୍ୱାସରୁଦ୍ଧତା (୧୧%), ଡାଏରିଆ (୯%), ମ୍ୟାଲେରିଆ (୭%), ଜନ୍ମଗତ ତ୍ରୁଟି (୭%) ଓ ନବଜାତ ସଂକ୍ରମଣ (୭%)। ବାସ୍ତବରେ ଜନ୍ମର ପ୍ରଥମ ୨୮ ଦିନ (ନବଜାତ ସମୟ) ଶିଶୁର ଜୀବନ ପାଇଁ ଅତି ବିପଜ୍ଜନକ। ଏହି ସମୟରେ ସାମାନ୍ୟ ତ୍ରୁଟି ବିଚ୍ୟୁତି ଶିଶୁର ମୃତ୍ୟୁର କାରଣ ହୋଇପାରେ।

ପାଂଚବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁର ପ୍ରମୁଖ କାରଣଗୁଡ଼ିକ ହେଲା - ସମୟ ପୂର୍ବରୁ ଜନ୍ମ ଜନିତ ଜଟିଳତା (୧୭%) ନିମୋନିଆ (୧୫%), ଜନ୍ମକାଳୀନ ଶ୍ୱାସରୁଦ୍ଧତା (୧୧%), ଡାଏରିଆ (୯%), ମ୍ୟାଲେରିଆ (୭%), ଜନ୍ମଗତ ତ୍ରୁଟି (୭%) ଓ ନବଜାତ ସଂକ୍ରମଣ (୭%)।

୨୦୧୩ରେ ଏହି ନବଜାତ ସମୟ ଅବଧି ମଧ୍ୟରେ ୪୪ ଶତାଂଶ ଶିଶୁଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିଲା। ୧୯୯୦ ହାରଠାରୁ ଏହା ସାତ ଶତାଂଶ ଅଧିକ ଥିଲା। ଇତିମଧ୍ୟରେ ଟିକାକରଣ ଦ୍ୱାରା ସମଗ୍ର ବିଶ୍ୱରେ ଶିଶୁଙ୍କୁ ରୋଗ ନିରୋଧକ ଶକ୍ତି ବଢ଼ାଇବାରେ ଉଲ୍ଲେଖନୀୟ ପ୍ରଗତି ଘଟିଛି। ୨୦୦୦ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ମିଳିମିଳା ୭୨% କମିଛି ବା ଏକ ନିୟୁତ ଶିଶୁଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ୧୪୬ରୁ ୪୦କୁ ହ୍ରସା ପାଇଛି। ୨୦୦୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ବିଶ୍ୱରେ ପାଂଚ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ପିଲାଙ୍କ ମିଳିମିଳା ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ୪,୮୧,୦୦୦ ରୁ

୧,୨୪,୦୦୦ ବା ୭୪ ଶତାଂଶ କମିଛି।

ତୃତୀୟତଃ, ୧୯୯୦-୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ଅନୁପାତ ଏକ ଲକ୍ଷ ପ୍ରସବ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମଗ୍ର ବିଶ୍ୱରେ ୪୫ ଶତାଂଶ (୫,୨୩,୦୦୦ ରୁ ୨,୮୯,୦୦୦) ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ଏହି ସଂଖ୍ୟା ଦୁଇ ତୃତୀୟାଂଶ ହ୍ରାସ କରିବାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ହୋଇଥିବାବେଳେ ଏହା ହାସଲ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ଦୁର୍ଭାଗ୍ୟର କଥା ହେଲା ୮୯ ଟି ରାଷ୍ଟ୍ର ଯେଉଁଠି ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୧୯୯୦ରେ ଏକ ଶହରୁ ଅଧିକ ଥିଲା ସେଥି ମଧ୍ୟରୁ ୧୩ଟି ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଯଥେଷ୍ଟ କିଛି କରିପାରିନାହାନ୍ତି। ଏସବୁ ଦେଶରେ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ମାତ୍ର ୨ ଶତାଂଶ କମିଛି। ସୂଚନାଯୋଗ୍ୟ ଯେ ଅତିଶୟ ରକ୍ତସ୍ରାବ, ଗର୍ଭଧାରଣ କାଳରେ ଉଚ୍ଚ ରକ୍ତଚାପ ଜନିତ ବ୍ୟାଧି ଓ ସେପ୍‌ସିସ୍ ବା ସଂକ୍ରମଣ କାରଣରୁ ଯଥାକ୍ରମେ ୨୭, ୧୪ ଓ ୧୧ ଶତାଂଶ ମହିଳାଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥାଏ। ମୋଟମୋଟି ଦେଖିଲେ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆମେ ଧାର୍ଯ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିପାରିନୁ।

ଚତୁର୍ଥରେ, ୧୯୯୦-୨୦୧୨ ମଧ୍ୟରେ ପ୍ରଜନନ କ୍ଷମ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୁବିଧା ଯୋଗାଣ କାଳରେ ୧୫ରୁ ୪୯ ବର୍ଷ ବୟସର ମହିଳାମାନେ ଗର୍ଭନିରୋଧକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଗ୍ରହଣ କରୁଥିଲେ। ଏହି ବ୍ୟବହାର ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ୫୫ ରୁ ୬୪ ଶତାଂଶକୁ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଥିଲା। ତେବେ ଏଥି ମଧ୍ୟରେ - ଗର୍ଭନିରୋଧ ବ୍ୟବହାର ୧୫ ରୁ ୧୨% କୁ କମିଲା। ଆଫ୍ରିକାରେ ଏହା ୨୪% ଶତାଂଶକୁ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଲା। ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ୮୩% ମହିଳାଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ଚାରିଥର ହାରାହାରି ହୋଇଥିବା ବେଳେ ଆଫ୍ରିକା ଓ ଅନ୍ୟ ସ୍ୱଳ୍ପ ଆୟକାରୀ ଦେଶରେ ମାତ୍ର ୬୪ ଶତାଂଶ ଗର୍ଭବତୀ ଏହି ସୁଯୋଗ ପାଉଥିଲେ। ସେହଭଳି ବିକଶିତ ଓ ବିକାଶଶୀଳ ଦେଶ ମଧ୍ୟରେ ପ୍ରଶିକ୍ଷିତ ଧାଈ ବା ନର୍ସଙ୍କ ସହାୟତାରେ ସନ୍ତାନ ପ୍ରସବ ହାରରେ ବେଶ ତାରତମ୍ୟ ରହିଛି। ତେଣୁ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ମହିଳାଙ୍କ ଯତ୍ନ ଓ ନିରାପଦ ପ୍ରସବ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଥିବା ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ ହୋଇପାରିନାହିଁ।

ପଂଚମରେ, ୨୦୧୩ରେ ପ୍ରାୟ ୧୨.୯ ନିୟୁତ ଏଚଆଇଭି/ଏଡ୍‌ସ ଆକ୍ରାନ୍ତଙ୍କୁ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ଆଂଟି ରିଟ୍ରୋଭାଇରାଲ ଥେରାପି (ଏଆରଟି) ବା ପ୍ରତିରୋଧକ ଦିଆଯାଇଥିଲା। ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ୧୧.୭ ନିୟୁତ ମଧ୍ୟମ ଓ ନିମ୍ନ ଆୟକାରୀ ରାଷ୍ଟ୍ରରେ ବସବାସ କରନ୍ତି। କିନ୍ତୁ ଏହି ସବୁ ଦେଶରେ ମୋଟ ଏଡ୍‌ସ ଓ ଏଚଆଇଭି ସଂକ୍ରମିତ ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ୩୨.୬ ନିୟୁତ। ଚିକିତ୍ସା ଓ ପ୍ରତିଷେଧକ ଯୋଗୁଁ ୨୦୦୫ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ଏଡ୍‌ସ ଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟା ୨୪ ଲକ୍ଷରୁ ୧୫ ଲକ୍ଷକୁ ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ଅତଏବ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ଏଡ୍‌ସ / ଏଚଆଇଭିକୁ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରିବାର ଯେଉଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା ତାହା ହାସଲ ହୋଇ ପାରିନାହିଁ।

ଷଷ୍ଠରେ ବିଶ୍ୱରେ ମ୍ୟାଲେରିଆ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ପ୍ରମୁଖ ବ୍ୟାଧିରେ ୩.୨୦ ବିଲିୟନ (୩୨୦ କୋଟି) ଲୋକ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହେବାର ଆଶଙ୍କା ରହିଛି। ସେଥିମଧ୍ୟରୁ ୧୨୦ କୋଟି ଅଧିକ ବିପଦ ପ୍ରବଣ ଶ୍ରେଣୀର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ। ୨୦୧୩ରେ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ୧୯୮ ନିୟୁତ ଲୋକ ମେଲେରିଆରେ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହୋଇଥିଲେ। ୨୦୦୦ରେ ଏ ସଂଖ୍ୟା ଥିଲା ୨୨୭ ନିୟୁତ। ୨୦୧୩ରେ ଏଥିବରେ ୫,୮୪,୦୦୦ ଲୋକଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିବା ବେଳେ ସେଥିରୁ ୯୦ ଭାଗ ଆଫ୍ରିକୀୟ ଅଞ୍ଚଳର ଥିଲେ। ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ମେଲେରିଆରେ ପାଂଚବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସର ୭୮ ଶତାଂଶ ପିଲାଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ଘଟିଥିଲା। ୨୦୦୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ମ୍ୟାଲେରିଆ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୪୭% ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲେ ହେଁ ଆଫ୍ରିକୀୟ ଅଂଚଳରେ ତାହା ୫୪ଭାଗ ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ଏହା ସତ୍ତ୍ୱେ ପ୍ରାନ୍ତୀୟ ସାହାର ଅଂଚଳରେ ଏହା ଏକ ବଡ଼ ସମସ୍ୟା ଭାବେ ରହିଛି। ମାତ୍ର ୬୪ଟି ଦେଶ ମେଲେରିଆ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଓ ନିରାକରଣ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୂରଣ କରିଥିବାବେଳେ ଅଧିକାଂଶ ଦେଶ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପଛରେ। ୨୦୨୦ ସୁଦ୍ଧା ଫାଇଲେରିଆ ବା ଗୋଦର ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଅନୁସାରେ ୭୩ ଟି ଅତି ପ୍ରଭାବିତ ଦେଶ ମଧ୍ୟରେ ୩୯ଟି ଠିକଣା

ରାସ୍ତାରେ ଯାଉଛନ୍ତି।

ଏବେ ଟିବି କଥା ବିଚାରକୁ ନିଆଯାଉ। ୨୦୦୦ ରୁ ୨୦୧୩ ମଧ୍ୟରେ ବିଶ୍ୱରେ ନୂଆ ଟିବି ସଂକ୍ରମଣ ଘଟଣା ବାର୍ଷିକ ୧.୫% ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ଏହି ସମୟରେ ସଂକ୍ରମଣ ଓ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ମଧ୍ୟ କମିଥିଲା। ୨୦୧୩ ରେ ସମଗ୍ର ପୃଥିବୀରେ ୧୫ ଲକ୍ଷ ଲୋକ ଟିବିରେ ପ୍ରାଣ ହରାଇଥିଲେ ଯାହା ପୂର୍ବ ବର୍ଷ ତୁଳନାରେ ଯଥେଷ୍ଟ କମ୍। ଅତଏବ ବିଶ୍ୱ ପରିସଂଖ୍ୟାନ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଦେଖିଲେ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ଟିବି ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ପାଇଁ ଯେଉଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା ସେଥିରେ କିନ୍ତୁ ସଫଳତା ମିଳିଛି। କୁଷ୍ଠ ନିରାକରଣ ଯୋଜନାରେ ୨୦୨୦ ସୁଦ୍ଧା ବିଶ୍ୱକୁ କୁଷ୍ଠମୁକ୍ତ କରିବାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଛି। ୨୦୦୫ରେ ଏହି ଯୋଜନା ଆରମ୍ଭ ହେବା ପରଠାରୁ ଏଯାଏ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ୭୫ ଶତାଂଶ ରୋଗୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ହ୍ରାସ ପାଇଛି।

ସପ୍ତମରେ, ନିରାପଦ ପାନୀୟ ଜଳ ଯୋଗାଣ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଯେଉଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା ତାହା ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ୨୦୧୦ ସୁଦ୍ଧା ହାସଲ ହୋଇଛି। ତେବେ ରାଷ୍ଟ୍ରଓ୍ୱାରୀ ଏହା ଏଯାଏ ସବୁଠି ସଫଳ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ୧୧୬ଟି ଦେଶ ଏଥିରେ ସଫଳତା ପାଇଥିବା ବେଳେ ୪୫ ଦେଶ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଠିକଣା ରାସ୍ତାରେ ନାହାନ୍ତି। ୨୦୧୨ରେ ୭୪୮ ନିୟୁତ ଲୋକଙ୍କ ପାଇଁ ନିରାପଦ ପାନୀୟ ଜଳ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନଥିଲା। ମୌଳିକ ପରିମଳ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ମଧ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ମତେ ପୂରଣ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ବିଶ୍ୱ ଜନସଂଖ୍ୟାର ୧୪ ଶତାଂଶ (ଏକ ଶହ କୋଟି) ଲୋକଙ୍କର ପାଇଖାନା, ଗାଧୁଆଘର ଆଦିର ସୁବିଧା ଏବେ ମଧ୍ୟ ନାହିଁ। ତେଣୁ ସେମାନେ ଶୌଚ କାର୍ଯ୍ୟ ପାଇଁ ଖୋଲା ସ୍ଥାନ ବ୍ୟବହାର କରୁଛନ୍ତି। ଏହା ଫଳରେ ପରିବେଶ ପ୍ରଦୂଷଣ ବଢୁଛି ଏବଂ ଜୀବାଣୁ ସଂକ୍ରମଣ ଘଟି ହଇଜା, ଟ୍ରାକୋମା, ହେପାଟାଇଟିସ୍ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ରୋଗ ବ୍ୟାପୁଛି। ବିଶ୍ୱର ଗ୍ରାମାଂଚଳରେ ବାସ କରୁଥିବା ପ୍ରାୟ ୯୦ ଶତାଂଶ ଲୋକ ବାହାରେ ଖୋଲାରେ ମଳମୂତ୍ର ତ୍ୟାଗ କରୁଛନ୍ତି।

ନିରାପଦ ପାନୀୟ ଜଳ ଯୋଗାଣ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଯେଉଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା ତାହା ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ୨୦୧୦ ସୁଦ୍ଧା ହାସଲ ହୋଇଛି। ତେବେ ରାଷ୍ଟ୍ରଓ୍ୱାରୀ ଏହା ଏଯାଏ ସବୁଠି ସଫଳ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ୧୧୬ଟି ଦେଶ ଏଥିରେ ସଫଳତା ପାଇଥିବା ବେଳେ ୪୫ ଦେଶ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଠିକଣା ରାସ୍ତାରେ ନାହାନ୍ତି। ୨୦୧୨ରେ ୭୪୮ ନିୟୁତ ଲୋକଙ୍କ ପାଇଁ ନିରାପଦ ପାନୀୟ ଜଳ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନଥିଲା। ମୌଳିକ ପରିମଳ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ମଧ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ମତେ ପୂରଣ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ବିଶ୍ୱ ଜନସଂଖ୍ୟାର ୧୪ ଶତାଂଶ (ଏକ ଶହ କୋଟି) ଲୋକଙ୍କର ପାଇଖାନା, ଗାଧୁଆଘର ଆଦିର ସୁବିଧା ଏବେ ମଧ୍ୟ ନାହିଁ। ତେଣୁ ସେମାନେ ଶୌଚ କାର୍ଯ୍ୟ ପାଇଁ ଖୋଲା ସ୍ଥାନ ବ୍ୟବହାର କରୁଛନ୍ତି।

ଶେଷରେ, ଲୋକଙ୍କୁ ଶସ୍ତାରେ ଅତ୍ୟାବଶ୍ୟକ ଔଷଧ ଯୋଗାଣର ଯେଉଁ ଏମ୍‌ତିକି ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଥିଲା ତାହା ମଧ୍ୟ ପୂରଣ ହୋଇନାହିଁ। କେବଳ କିଛି ଜେନେରିକ୍ ଔଷଧ ୨୧ଟି ସ୍ୱଳ୍ପ ଓ ମଧ୍ୟମ ଆୟକାରୀ ରାଷ୍ଟ୍ରରେ ସରକାରୀ ଭାବେ ଯୋଗାଇ ଦେବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯାଇପାରିଛି। ଏହା ପୁଣି ପୂର୍ଣ୍ଣାଙ୍ଗ ନୁହେଁ। ଭାରତରେ ଅଧିକାଂଶ ସରକାରୀ ଡାକ୍ତର ଓ ବେସରକାରୀ ଚିକିତ୍ସକ ଅଧିକ ରୋଜଗାର ଆଶାରେ ଔଷଧ କମ୍ପାନୀଙ୍କ ସହ ହାତ ମିଳାଇ ଅନାବଶ୍ୟକ ଭାବେ ରୋଗୀଙ୍କ ପାଇଁ ଦାମୀ ଔଷଧ ଓ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ପ୍ରେସ୍‌କ୍ରିପ୍‌ସନ ଲେଖୁଛନ୍ତି।

ଉପରୋକ୍ତ ତଥ୍ୟ ଆଧାରରେ ଆମେ କହିପାରିବା ଯେ ଭାରତ ସମେତ ସବୁ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରରେ ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ଅଗ୍ରାଧିକାର ପ୍ରଦାନ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ। ଏହାଦ୍ୱାରା କେବଳ ମାନବ ସମ୍ବଳର ସମୁଚିତ ବିକାଶ ହେବନାହିଁ, ବରଂ ଆମ ଭବିଷ୍ୟତ ବଂଶଧରଙ୍କ ସୁରକ୍ଷା ନିଶ୍ଚିତ ହୋଇପାରିବ। ତେଣୁ ଏ ବାବଦରେ ବଜେଟରେ ବ୍ୟୟ ବରାଦ ବୃଦ୍ଧି କରାଯିବା ଉଚିତ। ଭାରତରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପାଇଁ ବଜେଟ ବ୍ୟୟ ବରାଦ ଜିଡିପିର ମାତ୍ର ଏକ ଭାଗ ହୋଇଥିବା ବେଳେ ସରକାରୀ ବ୍ୟୟ ୩୦ ଶତାଂଶ। ତୁଳନାତ୍ମକ ଭାବେ ଜାପାନ, କାନାଡ଼ା, ସୁଇଜରଲାଣ୍ଡ, ଅମେରିକା ଓ ଥାଇଲାଣ୍ଡ ଯଥେଷ୍ଟ ଆଗରେ। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ସାମାଜିକ କ୍ଷେତ୍ରର ବିକାଶ ପାଇଁ ଭାରତ ସରକାର ଅଧିକ ଅର୍ଥ ବ୍ୟୟ କରିବା ଏକାନ୍ତ ଜରୁରୀ।

କେନ୍ଦ୍ର ସୂଚନା ଓ ପ୍ରସାରଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟରେ ଅତିରିକ୍ତ ସଚିବ ଓ ଅର୍ଥନୈତିକ ପରାମର୍ଶ ଦାତା

Unfiled Notes Page 23

ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା : ଏବେ ଓ ପରେ

■ ଡ. ଅଭୟ ବାଙ୍ଗ

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସଶକ୍ତିକରଣ ଆଉ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ନୀତି । ସେମାନଙ୍କୁ ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରତି ଯତ୍ନ ନେବାକୁ ଦକ୍ଷ ଓ ଯୋଗ୍ୟ କରାଯାଇ ପାରିଲେ ଏକ ବିରାଟ ସମସ୍ୟାର ସ୍ଥାୟୀ ସମାଧାନ ହୋଇପାରିବ ଓ ସେମାନେ ଆଉ ନିରନ୍ତର ଅଭାବଗ୍ରସ୍ତ ହୋଇ ରହିବେ ନାହିଁ । ଏହାର ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ ଏହା କରି ଦେଇ ସରକାର ଓ ଅବଶିଷ୍ଟ ସମାଜ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ପ୍ରତି ଥିବା ନିଜର ଦାୟିତ୍ୱ ଶେଷ କରିଦେବେ ।

୨୦୧୧ ତଥ୍ୟ ଅନୁସାରେ ଭାରତରେ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ମୋଟ ଜନସଂଖ୍ୟାର ୮.୬ ଭାଗ ବା ପ୍ରାୟ ୧୦ କୋଟି । ସେ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଏହି ଅବହେଳିତ ଓ ଦୁର୍ବଳବର୍ଗଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏକ ଜାତୀୟ ଅଗ୍ରାଧିକାର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହେବା କଥା । ସେମାନଙ୍କ ଦୁଃସ୍ଥ ସାମାଜିକ-ଆର୍ଥିକ ଅବସ୍ଥା ଏବଂ ଶିକ୍ଷାଗତ ସ୍ଥିତି ସମସ୍ତଙ୍କୁ ଜଣା । ସେମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସ୍ଥିତି ଏବେ କ'ଣ ?

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ସୂଚକାଙ୍କରେ ବିଗତ ଦଶନ୍ଧିରେ ଅବଶ୍ୟ ନିଶ୍ଚିତ ଉନ୍ନତି ଘଟିଛି । ତେବେ ଏହାକୁ ସାଧାରଣ ଜନସଂଖ୍ୟା ସହ ତୁଳନା କଲେ ଦେଖାଯାଏ ଯେ ଏହା ଅତି ଖରାପ । କେତେକ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁହାରର ଏକ ତୁଳନାତ୍ମକ ଚିତ୍ର ନିମ୍ନରେ ପ୍ରଦାନ କରାଗଲା –

	ଆଦିବାସୀ	ଅନ୍ୟାନ୍ୟ	ଶତକଡ଼ା	ପାର୍ଥକ୍ୟ
(୧)	ନବଜାତ ମୃତ୍ୟୁହାର	୬୨	୪୯	୨୭%
(୨)	ପାଂଚବର୍ଷ ବୟସରୁ କମ	୯୬	୫୯	୩୯%

ଆଦିବାସୀ ସଂପ୍ରଦାୟର ନବଜାତ ଓ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁହାର ଅନ୍ୟ ଜନସଂଖ୍ୟାଠାରୁ ପ୍ରାୟ ଏକ ତୃତୀୟାଂଶ ଅଧିକ । ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ରାଜ୍ୟ ରାଜ୍ୟ ମଧ୍ୟରେ ବିଶେଷ କରି ସାତଟି ପ୍ରଦେଶରେ ଏହି ତାରତମ୍ୟ ବା ଭିନ୍ନତା ବ୍ୟାପକ ।

ଆଦିବାସୀ ଶିଶୁ ଓ ପୂର୍ଣ୍ଣବୟସ୍କ ଲୋକଙ୍କ ଖାଦ୍ୟ-ପୋଷଣ ସ୍ଥିତି ଅନୁଧ୍ୟାନ କଲେ ଏହା ଏକ ଦୁଃଖଦ ଚିତ୍ର ଆଙ୍କିଥାଏ । ପ୍ରାକ୍ ବିଦ୍ୟାଳୟ ସ୍ତରରେ ଏହି ବର୍ଗର ୫୩% ବାଳକ ଓ ୫୦% ବାଳିକା ସ୍ୱାଭାବିକଠାରୁ କମ୍ ଓଜନର । ଏହାଛଡ଼ା ୫୭ ଶତାଂଶ ବାଳକ ଓ ୫୨% ବାଳିକାଙ୍କ ଉଚ୍ଚତା ମଧ୍ୟ ବାଧାପ୍ରାପ୍ତ । ସେହିଭଳି ୪୯ ପ୍ରତିଶତ ଆଦିବାସୀ ମହିଳାଙ୍କ ଶରୀର ଦ୍ରବ୍ୟମାନ ସୂଚକାଙ୍କ ବା

ବଢ଼ି ମାସ୍ ଇଣ୍ଡେକ୍ସ ୧୮.୫ରୁ କମ୍। ଅର୍ଥାତ୍ ସେମାନେ ନିରବଚ୍ଛିନ୍ନ ଭାବେ ଶକ୍ତିହୀନତାର ସମ୍ମୁଖୀନ । ସେମାନଙ୍କ ଖାଦ୍ୟପେୟରେ ପ୍ରୋଟିନ, ଶକ୍ତିବର୍ଦ୍ଧକ ଦ୍ରବ୍ୟ, ଚର୍ବି, ଲୌହ, ଭିଟାମିନ ଏବଂ ରିବୋଫ୍ଲାବିନ ଭଳି ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଉପ୍ାଦନର ଯଥେଷ୍ଟ ଅଭାବ ରହିଛି । ତଫସିଲଭୁକ୍ତ ଜନଜାତି ଇଲାକାରେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଉପଯୁକ୍ତ ଭାବେ ପରିକଳ୍ପିତ ହୋଇନାହିଁ ଓ ଏହାର ପରିଚାଳନା ମଧ୍ୟ ଅତି ଖରାପ । ଏହାର ଏକ କାରଣ ହେଲା ଏଭଳି ଯୋଜନା ଓ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରସ୍ତୁତିବେଳେ ଏଥିରେ ଆଦିବାସୀ ବର୍ଗର ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ ନଥିଲା। ଗ୍ରାମସ୍ତରରୁ ଜାତୀୟ ସ୍ତର ଯାଏ ଏହା ସତ ।

ଉପରୋକ୍ତ ପ୍ରତିବନ୍ଧକଗୁଡ଼ିକ ସମେତ ଏକ ସାଧାରଣ ଧାରଣା ଓ ଅଭିଯୋଗ ହେଲା ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ବାବଦ ଅର୍ଥର ନ୍ୟୁନ ଉପଯୋଗ, ଦୁରୁପଯୋଗ, ଅନ୍ୟତ୍ର ବ୍ୟୟ ଅଥବା ଆତ୍ମସାତ କିମ୍ୱା ବାଟମାରଣା ।

ଭାରତରେ ଥିବା ପ୍ରାୟ ୭୦୦ ଉପଜାତିବର୍ଗଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ବ୍ୟାପକ ବିବିଧତା ରହିଛି । ଅତଏବ ସେମାନଙ୍କ ସ୍ୱାର୍ଥ ଓ ଆବଶ୍ୟକତାକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି ଅଂଚଳ ଅନୁଯାୟୀ ଓ ଜାତି ବା ସଂପ୍ରଦାୟ ଅନୁଯାୟୀ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ । ଏଥିପାଇଁ ଫପେସା' ଏକ ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ଆଧାର ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିଛି । ସ୍ଥାନୀୟ ଆଦିବାସୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରିଷଦ, ଜିଲାସ୍ତରୀୟ ଆଦିବାସୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରିଷଦ ଏବଂ ପ୍ରାଦେଶିକ ସ୍ତରରେ ଆଦିବାସୀ ପରାମର୍ଶଦାତା ପରିଷଦମାନ ଗଠନ କରି ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ରୀତିରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରାଗଲେ ସ୍ଥାନୀୟ ଭାବେ ହେଉଥିବା ଯୋଜନା ଫଳବତୀ ହୋଇପାରିବ ।

ସାକ୍ଷରତା, ଆୟ, ଜଳ, ପରିମଳ, ଇନ୍ଧନ, ଖାଦ୍ୟ ସୁରକ୍ଷା ଏବଂ ଖାଦ୍ୟ ବିବିଧତା, ଲିଙ୍ଗଗତ ସମ୍ବେଦନଶୀଳତା, ପରିବହନ ଓ ଯୋଗାଯୋଗ ଆଦି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସାମାଜିକ ସ୍ଥିତି ନିର୍ଦ୍ଧାରଣରେ ଅତି ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ନିର୍ବାହ କରିଥାଏ । ଅତଏବ ଏଥି ପାଇଁ ଆନ୍ତଃବିଭାଗୀୟ ସମନ୍ୱୟ ରହିଲେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସମେତ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଉନ୍ନତି ଅବଶ୍ୟ ଘଟିବ ।

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସଶକ୍ତିକରଣ ଆଉ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ନୀତି । ସେମାନଙ୍କୁ ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରତି ଯତ୍ନ ନେବାକୁ ଦକ୍ଷ ଓ ଯୋଗ୍ୟ କରାଯାଇ ପାରିଲେ ଏକ ବିରାଟ ସମସ୍ୟାର ସ୍ଥାୟୀ ସମାଧାନ ହୋଇପାରିବ ଓ ସେମାନେ ଆଉ ନିରନ୍ତର ଅଭାବଗ୍ରସ୍ତ ହୋଇ ରହିବେ ନାହିଁ । ଏହାର ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ ଏହା କରି ଦେଇ ସରକାର ଓ ଅବଶିଷ୍ଟ ସମାଜ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ପ୍ରତି ଥିବା ନିଜର ଦାୟିତ୍ୱ ଶେଷ କରିଦେବେ ।

କିଛି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ପ୍ରସ୍ତାବ : ମଶା ବଂଶ ବୃଦ୍ଧିକୁ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରିବା ପାଇଁ ନାଳ ନର୍ଦ୍ଦମା ନିର୍ମାଣ, ଗ୍ରାମ ସଫେଇ ଓ ପରିମଳ ବ୍ୟବସ୍ଥା, ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ପାଇଖାନା ତିଆରି ଓ ତାହାର ବ୍ୟବହାର ଏବଂ ପରିବେଶ ସୁରକ୍ଷା ଆଦି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଏମ୍‌ଜିନରେଗା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସାମିଲ କରି ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦେଇ ଏହାକୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇପାରେ । ଆଦିବାସୀ ଶିଶୁ, କିଶୋର ଓ ଗର୍ଭବତୀ ତଥା ପିଲାଙ୍କୁ କ୍ଷୀର ଦେଉଥିବା ମହିଳାଙ୍କ ପୁଷ୍ଟିସାଧନ ଓ ପୋଷଣ ଏକ ଅତି ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରସଙ୍ଗ । ଏଥିରେ ଉନ୍ନତି ଆଣିବାକୁ ପଡିବ । ଆଦିବାସୀଙ୍କୁ ଏଥି ପାଇଁ ସଚେତନ କରିବା ସହ ଜାତୀୟ ଜୀବନଜୀବିକା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ସହଯୋଗରେ ସେ ଅଂଚଳରେ ଲୋକଙ୍କୁ ଖାଦ୍ୟ ଯୋଗାଣ କାର୍ଯ୍ୟ ଆରମ୍ଭ କରିବା ଆବଶ୍ୟକ । ଗ୍ରାମସ୍ତରରେ ମହିଳା ସଂଚୟ ଗୋଷ୍ଠୀଙ୍କ ସହଯୋଗ ଏଥିପାଇଁ ନିଆଯାଇପାରେ । ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ମଦ ଓ ତମାଖୁ ପ୍ରସାରକୁ ନିୟନ୍ତ୍ରିତ କରାଗଲେ ସେମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ରୋଜଗାରରେ ଉନ୍ନତି ଆସିବ ।

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସଶକ୍ତିକରଣ ଆଉ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ନୀତି । ସେମାନଙ୍କୁ ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରତି ଯତ୍ନ ନେବାକୁ ଦକ୍ଷ ଓ ଯୋଗ୍ୟ କରାଯାଇ ପାରିଲେ ଏକ ବିରାଟ ସମସ୍ୟାର ସ୍ଥାୟୀ ସମାଧାନ ହୋଇପାରିବ ଓ ସେମାନେ ଆଉ ନିରନ୍ତର ଅଭାବଗ୍ରସ୍ତ ହୋଇ ରହିବେ ନାହିଁ । ଏହାର ଅର୍ଥ ନୁହେଁ ଯେ ଏହା କରି ଦେଇ ସରକାର ଓ ଅବଶିଷ୍ଟ ସମାଜ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ପ୍ରତି ଥିବା ନିଜର ଦାୟିତ୍ୱ ଶେଷ କରିଦେବେ । ସ୍ଥାନୀୟ ଦକ୍ଷତା ବଢ଼ିଲେ ଓ ଆଦିବାସୀ ନିଜେ ସଚେତନ ତଥା ନିଜର ଯତ୍ନ ନେବାକୁ ଯୋଗ୍ୟ ହେଲେ ସେମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ କଲ୍ୟାଣକାରୀ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେବା ସହଜ ହୋଇଯିବ । ତେଣୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇବା ବଦଳରେ ସରକାର ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟପାଇଁ ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେଇ ନୀତି ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ଉଚିତ । କିଏ କେଉଁଠି କିପରି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବ ସେ କଥା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଜନାରେ ସ୍ପଷ୍ଟ ହୋଇଯିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

ବାହାର ସମାଜ ଓ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳ ମଧ୍ୟରେ ଶତାବ୍ଦୀ ଶତାବ୍ଦୀ ଧରି ଯେଉଁ ବିଜ୍ଞାନ ଆଧାରିତ ଜ୍ଞାନର ବ୍ୟବଧାନ ରହିଛି

Unfiled Notes Page 25

ତାହାକୁ ଦୂର କରିବା ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସାକ୍ଷରତାର ସନ୍ଦେଶ ପ୍ରଚାରର ବିଶେଷ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ରହିଛି । ଗଣଶିକ୍ଷା, ଲୋକକଳା, ଗଣମାଧ୍ୟମ, ବିଦ୍ୟାଳୟ ଶିକ୍ଷା ମାଧ୍ୟମରେ ଏଥିପାଇଁ ପ୍ରୟାସ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ । ବୈଷୟିକ ଜ୍ଞାନ କୌଶଳ ଓ ପ୍ରଯୁକ୍ତି ବିଦ୍ୟା ଉପଯୋଗ କରି ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷା ଓ ଉପଭାଷା ଜରିଆରେ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସହ ଯୋଗାଯୋଗ ସ୍ଥାପନର ବିପୁଳ ସୁଯୋଗ ରହିଛି ।

ଏକ କୋଟିରୁ ଊର୍ଦ୍ଧ୍ୱ ଆଦିବାସୀ ଛାତ୍ରଛାତ୍ରୀ ଏବେ ସ୍କୁଲରେ ପାଠ ପଢୁଛନ୍ତି । ସେମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଉନ୍ନତି ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଜ୍ଞାନ ଓ ଅଭ୍ୟାସ ଆଦି ସମ୍ପର୍କରେ ସେମାନଙ୍କୁ ଅବଗତ କରାଇବାର ଏହା ଏକ ବଡ଼ ସୁଯୋଗ । ପ୍ରାଥମିକଠାରୁ ଆରମ୍ଭ କରି ସମସ୍ତ ପ୍ରକାରର ସ୍କୁଲ, ଆଶ୍ରମ ସ୍କୁଲ ଓ ଅଙ୍ଗନବାଡ଼ିଗୁଡ଼ିକ ଏହି ପରିପ୍ରେକ୍ଷୀରେ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଜ୍ଞାନକେନ୍ଦ୍ର ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବା ଉଚିତ । ଆଦିବାସୀ ସମାଜରେ ପାରମ୍ପରିକ ଚିକିତ୍ସକ ବା ଦାଇ (ଦିସାରୀ)ମାନେ ନିଜସ୍ୱ ଶୈଳୀରେ ଚିକିତ୍ସା ସେବା ପ୍ରଦାନରେ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ଗ୍ରହଣ କରିଥାନ୍ତି । ସେମାନଙ୍କୁ ଏଥିରୁ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ଦୂରେଇ ଦେଇ ବା ପ୍ରତ୍ୟାଖ୍ୟାନ କରିବା ବଦଳରେ ଆଧୁନିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନରେ ସେମାନଙ୍କୁ ସାମିଲ କରି ସେମାନଙ୍କ ସହଯୋଗ ହାସଲ କରିବାର ସଂବେଦନଶୀଳ ମାର୍ଗ ବାହାର କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ । ଭୌତିକ ବ୍ୟବଧାନ ବ୍ୟତୀତ ଆଦିବାସୀ ଓ ଅନ୍ୟମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ଏକ ବିରାଟ ସାଂସ୍କୃତିକ ବ୍ୟବଧାନ ମଧ୍ୟ ରହିଛି । ଅତଏବ ଆଦିବାସୀଙ୍କୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପ୍ରଦାନ ସମୟରେ ସଂସ୍କୃତି ସମ୍ବେଦନଶୀଳ ହେବାକୁ ପଡିବ । ଆଦିବାସୀ ବ୍ୟବହାର କରୁଥିବା ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷାରେ ସେମାନଙ୍କ ସହ ଓ ଯୋଗସୂତ୍ର ରକ୍ଷାକରି ଏହି ବ୍ୟବଧାନକୁ ଦୂର କରିବାକୁ ହେବ ।

ଚୀନରେ ଏକ କଥା ଅଛି – "ରୋଗୀଣା ଛୁଆକୁ ଧରି ଜଣେ ମାଆ କେତେ ଦୂର ପାଦରେ ଚାଲି ଚାଲି ଯାଇପାରିବ ?" ଏହି କଥାକୁ ଆଖି ଆଗରେ ରଖି ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯିବା ଉଚିତ । ସେମାନଙ୍କୁ ସହଜରେ ପହଂଚି ହେଉଥିବା ଦୂରତା ମଧ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଣର ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେବା ଆବଶ୍ୟକ । ଏହାର ଅର୍ଥ ଆଦିବାସୀ ସଂପ୍ରଦାୟ ଯେଉଁମାନେ ବଣ ଜଙ୍ଗଲରେ ବସବାସ କରୁଛନ୍ତି ସେମାନଙ୍କୁ ସେମାନଙ୍କ ଗାଁ, ପଡ଼ା ବା ପଲ୍ଲୀରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇ ଦେବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯିବା ଉଚିତ । ଷାଠିଏ ବର୍ଷର ବିଫଳତାରୁ ଆମକୁ ଶିଖିବାକୁ ହେବ ଯେ ଆଦିବାସୀଙ୍କୁ ବାହାରୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଣ ଏକ ଫଳପ୍ରଦ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନୁହେଁ । ଅତଏବ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ଯୋଜନା ଓ ପରିକଳ୍ପନା କରିବା ସମୟରେ ଧ୍ୟାନ ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ ଯେ ଏହାର ଲାଭ ଯେପରି ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବର୍ଗ ପ୍ରକୃତରେ ପାଇପାରିବେ । ସେଥିପାଇଁ ଗ୍ରାମ, ପଡ଼ା ଓ ପଲ୍ଲୀ ଆଦିରେ ଆରୋଗ୍ୟମୂଳକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନିଶ୍ଚିତ କରିବାକୁ ହେବ ।

ନିଶାସେବନ ଆଦିବାସୀ ସମାଜର ଏକ ବଡ଼ ଶତ୍ରୁ । ଏହା ଦ୍ୱାରା ସେମାନଙ୍କର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଉତ୍ପାଦକତା, ପରିବାରର ଆର୍ଥିକ ସ୍ଥିତି, ସାମାଜିକ ସଂହତି ଓ ବିକାଶ ବ୍ୟାହତ ହୋଇଥାଏ । ୧୯୭୬ରେ ସ୍ୱରାଷ୍ଟ୍ର ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରସ୍ତୁତ ଓ ରାଜ୍ୟ ସମୂହ ଦ୍ୱାରା ଗୃହୀତ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳ ଅବକାରୀ ନୀତିକୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ । ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ତମାଖୁ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟର ବ୍ୟବହାର, ବିକ୍ରିବଟା ଓ ଉପଲବ୍ଧତାକୁ

ଯଥାସମ୍ଭବ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କରାଯିବା ଉଚିତ । ଆଦିବାସୀ ଉପଯୋଜନାରେ ଏହାକୁ ସାମିଲ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ ।

ନିୟମିତ ବଜେଟରେ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳର ବିକାଶ ପାଇଁ ଅଧିକ ଅର୍ଥ ବ୍ୟବସ୍ଥା ସହ ଆଦିବାସୀ ଉପଯୋଜନାରେ ଏହି ବର୍ଗର ବିବିଧ ବିକାଶ ନିମନ୍ତେ କାର୍ଯ୍ୟାନୁଷ୍ଠାନ ଗ୍ରହଣର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି । ଆଦିବାସୀ ଉପଯୋଜନାରେ କେବଳ ଅର୍ଥ ବରାଦ କରି ମୁଖ୍ୟ ବଜେଟରେ ଏହି ବର୍ଗଙ୍କ କଲ୍ୟାଣ ପାଇଁ ଅତିରିକ୍ତ ଅର୍ଥ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନ କରିବା ଠିକ୍ ନୁହେଁ । ଆଦିବାସୀଙ୍କ ଜନସଂଖ୍ୟାକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଆନୁପାତିକ ଭାବରେ ସେମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପାଇଁ ସରକାର ବଜେଟରେ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିବା ଉଚିତ । ଆଦିବାସୀ ଉପଯୋଜନା ବଜେଟରେ ୧୫ ଶତାଂଶ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ । ଏହା ବାଦ୍ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳରେ ନିୟମିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ ମୂଳ ବଜେଟରେ ବ୍ୟୟ ବରାଦ ରହିଲେ ସମ୍ପୃକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କର ଅଶେଷ କଲ୍ୟାଣ ସାଧିତ ହୋଇପାରିବ ।

ଆଦିବାସୀ ଜନସଂଖ୍ୟା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ତଥ୍ୟାବଳୀ ଓ ପରିସଂଖ୍ୟାନ ସେମାନଙ୍କ ସ୍ଥିତିର ମୁଖ୍ୟ ସୂଚକାଙ୍କ । ଏହାକୁ ଆଧାର କରି ଆଦିବାସୀ ଇଲାକାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପରିକଳ୍ପନା କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି । ଜନଗଣନା, ଏସ.ଆର୍.ଏସ୍., ଏନ୍.ଏଫ୍.ଏଚ୍.ଏସ୍., ଡିଲ୍ଏସ୍ ଭଳି ସବୁ ଜାତୀୟ ଡାଟା ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଆଧାର କରି ଆଦିବାସୀଙ୍କ ପାଇଁ ଯୋଜନା ଓ ବଜେଟ୍ ବ୍ୟୟ ବରାଦ କରାଯିବା ଆବଶ୍ୟକ । ଆଦିବାସୀ ଜନସଂଖ୍ୟା ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବଜେଟ ବ୍ୟୟ ବରାଦରେ ଏକ ଶତାଂଶ ଅର୍ଥ ଏହି ବର୍ଗର ଯାବତୀୟ ତଥ୍ୟାବଳୀ ଓ ଡାଟା ବେସ ପ୍ରସ୍ତୁତ ପାଇଁ ବିନିଯୋଗ କରାଯିବା ଉଚିତ୍ । ଏହା ଦ୍ୱାରା ଯୋଜନାକାର ଓ ନୀତି ନିର୍ଦ୍ଧାରକ, ଆଦିବାସୀଙ୍କ ପାଇଁ ନୀତି ଓ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ବେଳେ ବିଶେଷ ଉପକୃତ ହୋଇପାରିବେ ।

ବାହାର ସମାଜ ଓ ଆଦିବାସୀ ଅଂଚଳ ମଧ୍ୟରେ ଶତାବ୍ଦୀ ଶତାବ୍ଦୀ ଧରି ଯେଉଁ ବିଜ୍ଞାନ ଆଧାରିତ ଜ୍ଞାନର ବ୍ୟବଧାନ ରହିଛି ତାହାକୁ ଦୂର କରିବା ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସାକ୍ଷରତାର ସନ୍ଦେଶ ପ୍ରଚାରର ବିଶେଷ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ରହିଛି । ଗଣଶିକ୍ଷା, ଲୋକକଳା, ଗଣମାଧ୍ୟମ, ବିଦ୍ୟାଳୟ ଶିକ୍ଷା ମାଧ୍ୟମରେ ଏଥିପାଇଁ ପ୍ରୟାସ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ । ବୈଷୟିକ ଜ୍ଞାନ କୌଶଳ ଓ ପ୍ରଯୁକ୍ତି ବିଦ୍ୟା ଉପଯୋଗ କରି ସ୍ଥାନୀୟ ଭାଷା ଓ ଉପଭାଷା ଜରିଆରେ ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସହ ଯୋଗାଯୋଗ ସ୍ଥାପନର ବିପୁଳ ସୁଯୋଗ ରହିଛି ।

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ଗତି ଓ ସ୍ଥିତିରେ ବିଶେଷ ପ୍ରଗତି ଘଟି ନଥିବା ଅନୁଭବ କରିବା ପରେ କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଓ ଆଦିବାସୀ ବ୍ୟାପାର ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ମିଳିତ ଭାବେ ଏକ ବିଶେଷଜ୍ଞ କମିଟି ଗଠନ କରିଛନ୍ତି । ଏହି କମିଟି ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସାଂପ୍ରତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥାର ସମୀକ୍ଷା କରିବା ସହ ସରକାରଙ୍କୁ ନୂଆ ପଦକ୍ଷେପ ଓ ସଂସ୍କାର ସମ୍ପର୍କରେ ସୁପାରିଶ କରିବ ।

ଆଦିବାସୀଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଉପଯୁକ୍ତ ନୀତି ସଂକ୍ରାନ୍ତରେ ଏକ ଜାତୀୟ କର୍ମଶାଳା ମହାରାଷ୍ଟ୍ରର ଗଡଚିରୋଲିଠାରେ "ସର୍ଚ" ସଙ୍ଗଠନ ଆନୁକୂଲ୍ୟରେ ଆୟୋଜିତ ହୋଇଥିଲା । ଏହା ବୋଧହୁଏ ଥିଲା ଦେଶରେ ଏ ପ୍ରକାରର ପ୍ରଥମ ପ୍ରୟାସ । ଏଥିରେ ଆଦିବାସୀଙ୍କୁ ସଫଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇ ଦେବାର ୨୩ଟି ଉପଯୁକ୍ତ ଉପାୟ ସମ୍ପର୍କରେ ଆଲୋଚନା ହୋଇଥିଲା ।

ଆମେ ଏହି ବିଶେଷଜ୍ଞ ଗୋଷ୍ଠୀର ରିପୋର୍ଟକୁ ଏବେ ଅପେକ୍ଷା କରିବା ଏବଂ ଆଶା କରିବା ଯେ ଏହା ଆଗକୁ ଉପଯୁକ୍ତ ମାର୍ଗ ଦର୍ଶନରେ ସହାୟକ ହେବ ।

ଭାରତ ସରକାରଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଗଠିତ ଆଦିବାସୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଏକ ବିଶେଷଜ୍ଞ କମିଟିର ଅଧକ୍ଷ ତଥା ମହାରାଷ୍ଟ୍ର ଗଢ଼ଚିରୋଲି ଅଂଚଳରେ ଦୀର୍ଘ ବର୍ଷ ଧରି ସମାଜସେବାରେ ଅଭିଜ୍ଞ ।

ନିରନ୍ତର ବିକାଶରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା

■ କେ. ଶ୍ରୀନାଥ ରେଡ୍ଡୀ

ଏକଥା ଅନସ୍ୱିକାର୍ଯ୍ୟ ଯେ ଅର୍ଥନୈତିକ ବିକାଶ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଅଙ୍ଗାଙ୍ଗୀ ଭାବେ ଜଡ଼ିତ। ବର୍ତମାନ ସମୟରେ ଏହି ସମ୍ପର୍କ ଅଧିକ ସୁସ୍ପଷ୍ଟ ହୋଇଛି। ୨୦୦୦-୨୦୧୫ ପାଇଁ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଏବଂ ୨୦୧୬-୨୦୩୦ ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟର ପ୍ରମୁଖତା ହେଉଛି ଏହାର ପରିଚାୟକ। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହେଉଛି ସାମ୍ୟବାଦୀ ଓ ଧାରଣକ୍ଷମ ବିକାଶର କେନ୍ଦ୍ରବିନ୍ଦୁ।

ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସହିତ ଆର୍ଥିକ ବିକାଶର ସମ୍ପର୍କ ଅତି ନିବିଡ଼। ଅତି ପରିଚିତ ପ୍ରେଷ୍ଟନ୍ କର୍ଭ ଅନୁଯାୟୀ, ମଣିଷର ଆୟୁ ବୃଦ୍ଧି ନିର୍ଭର କରେ, ମୁଣ୍ଡ ପିଛା ଆୟ ବୃଦ୍ଧି ଉପରେ। ତେବେ, ହାରାହାରି ମୁଣ୍ଡପିଛା ଆୟର ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବର୍ଦ୍ଧିତ ସ୍ତରରେ, ଆୟୁ ବୃଦ୍ଧିରେ ଏକ ପ୍ରକାର ସ୍ଥିରତା ଆସିଥାଏ। ଅପରପକ୍ଷରେ, କେଟ୍ ପିକେଟ୍ ଓ ୱିଲ୍ କିନ୍‌ସନ୍‌ଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କରାଯାଇଥିବା ଅଧ୍ୟୟନ ଅନୁଯାୟୀ, ଏକା ପରିମାଣର ହାରାହାରୀ ମୁଣ୍ଡପିଛା ଆୟ ଓ ଆୟୁବୃଦ୍ଧିର ସମ୍ପର୍କ ସେହି ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ ଅଧିକ ଯେଉଁଠାରେ, ଆୟ-ଜନୀତ ବିଷମତା କମ୍ ଥାଏ। ସେମାନେ ନିଜର "ଦ ସ୍ପିରିଟ୍ ଲେବଲ୍" ପୁସ୍ତକରେ ଏ ସମ୍ପର୍କୀତ ତଥ୍ୟ ଉପସ୍ଥାପନ କରି ପ୍ରମାଣିତ କରିଛନ୍ତି ଯେ ଅଧିକ ଆୟ ବିଷମତା ଥିବା ଦେଶର ଧନୀକ ବର୍ଗର ପ୍ରଦର୍ଶନ, ସମାନତା ଭିତିକ ଆୟ ସମ୍ପନ୍ନ ଦେଶର ଧନୀକ ବର୍ଗଙ୍କ ତୁଳନାରେ ଖରାପ ହୋଇଥାଏ।

ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସହିତ ଆର୍ଥିକ ବିକାଶର ସମ୍ପର୍କ ଅତି ନିବିଡ଼। ଅତି ପରିଚିତ ପ୍ରେଷ୍ଟନ୍ କର୍ଭ ଅନୁଯାୟୀ, ମଣିଷର ଆୟୁ ବୃଦ୍ଧି ନିର୍ଭର କରେ, ମୁଣ୍ଡ ପିଛା ଆୟ ବୃଦ୍ଧି ଉପରେ। ତେବେ, ହାରାହାରି ମୁଣ୍ଡପିଛା ଆୟର ଏକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବର୍ଦ୍ଧିତ ସ୍ତରରେ, ଆୟୁ ବୃଦ୍ଧିରେ ଏକ ପ୍ରକାର ସ୍ଥିରତା ଆସିଥାଏ।

ବିଂଶ ଶତାବ୍ଦୀର ଅଧିକ ଭାଗରେ ଏହି ଧାରଣା ବଳବତର ଥିଲା ଯେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପୌଷ୍ଟିକତାର ସ୍ତର ବୃଦ୍ଧି ହେଉଛି ଆର୍ଥିକ ବିକାଶର ପରୋକ୍ଷ ହିତାଧିକାରୀ। କିନ୍ତୁ ବିଂଶ ଶତାବ୍ଦୀର ଶେଷ ଆଡ଼କୁ ଏହା ସ୍ୱିକାର କରାଗଲା ଯେ ପ୍ରକୃତରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପୁଷ୍ଟି-ସମ୍ପନ୍ନତା ହେଉଛି ତ୍ୱରାନ୍ୱିତ ଆର୍ଥିକ ବିକାଶର ଚାବିକାଠି। ୧୯୯୩ ମସିହାରେ ନିଜର ନୋବେଲ୍ ପୁରସ୍କାର ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ଅଭିଭାଷଣରେ ଅର୍ଥନିତିଜ୍ଞ ରବର୍ଟ ଫୋଜେଲ ବ୍ୟାଖ୍ୟା କରିଥିଲେ, କେମିତି ୧୭୯୦ ରୁ ୧୯୮୦ ମଧ୍ୟରେ ବ୍ରିଟେନ୍ ହାସଲ କରିଥିବା ଆର୍ଥିକ ବିକାଶର ୫୦ ପ୍ରତିଶତ ସମ୍ଭବ ହୋଇପାରିଥିଲା ଉନ୍ନତ ପୌଷ୍ଟିକସ୍ତର ସକାଶେ। ୧୯୯୩ ମସିହାର ବିଶ୍ୱ ବିକାଶ ରିପୋର୍ଟରେ ଦର୍ଶାଯାଇଥିଲା ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଗତିର ଅଧିକ ଫଳ ପାଇଁ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଧିକ ପୁଂଜି ନିବେଶର ଆବଶ୍ୟକତାକୁ। ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନ ଦ୍ୱାରା ୧୯୯୦ ମସିହା ଶେଷ ଆଡ଼କୁ ଗଠିତ ଅର୍ଥନୀତି ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ କମିଶନ ମଧ୍ୟ ଏ ସମ୍ପର୍କରେ ପ୍ରମାଣ ଉପସ୍ଥାପିତ କରିଛନ୍ତି। ତେଣୁ ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଗତି ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ପାରସ୍ପାରିକତା ଓ ନିବିଡ଼ତାରେ କୌଣସି ସନ୍ଦେହର ଅବକାଶ ନାହିଁ। ୨୦୧୩ ମସିହାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୁଂଜି ନିବେଶ ସଂକ୍ରାନ୍ତୀୟ ଲାନ୍‌ସେଟ୍ କମିଶନ ଦର୍ଶାଇଥିଲେ ଯେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ

କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୁଞ୍ଜିନିବେଶ କଲେ, ସ୍ୱଳ୍ପ ଓ ମଧ୍ୟମ ଆୟକାରୀ ଦେଶଗୁଡ଼ିକ ୯ରୁ ୨୦ ଗୁଣ ଅଧିକ ଲାଭ ପାଇପାରିବେ। ଧନୀକ ବର୍ଗ ଅପେକ୍ଷା, ଗରିବ ଲୋକମାନେ ନାନା ପ୍ରକାର ରୋଗ ବ୍ୟାଧିର ଶିକାର ହେବା ଆଶଙ୍କା ଅଧିକ। ମାତୃ ଓ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର, ପୁଷ୍ଟିହୀନତା, ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ, ମାନସିକ ରୋଗ, ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ବ୍ୟବହାର ଓ ବାୟୁ ପ୍ରଦୂଷଣର ଶିକାର ହେବା ଆଦି ଗରିବମାନଙ୍କ ଠାରେ ଅଧିକ ହୋଇଥାଏ। ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ଆର୍ଥିକ ପ୍ରଗତି ସହିତ, ଗରିବ ଲୋକମାନେ, ମଧୁମେହ, ହୃଦ୍‌ରୋଗ ଓ କର୍କଟ ଭଳି ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ରୋଗ ଦ୍ୱାରା ଅଧିକରୁ ଅଧିକ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହେଉଛନ୍ତି। ଉର୍ଦ୍ଧ୍ୱ ମଧ୍ୟବିତ୍ତ ପରିବାରଗୁଡ଼ିକ, ଉଚ୍ଚ ଆୟ ଶ୍ରେଣୀ ଅନ୍ତର୍ଭୂକ୍ତ ହେବା ସହିତ, ଏଭଳି ଆଶଙ୍କା ବୃଦ୍ଧି ପାଏ। ଯୁକ୍ତରାଷ୍ଟ୍ର ଆମେରିକା, ଅଷ୍ଟ୍ରେଲିଆ ଚିନ୍ ଓ ଭାରତର ସହରାଂଚଳରେ ଏହା ସ୍ପଷ୍ଟ ଭାବେ ଦୃଶ୍ୟମାନ। ବିଶୁଦ୍ଧ ପାନୀୟ ଜଳର ଅଭାବ, ମାଦକ ଦ୍ରବ୍ୟ ବ୍ୟବହାର, ପୁଷ୍ଟିହୀନତା, ସୂଚନାର ଅଭାବ ଏବଂ ସୀମିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଭଳି କାରଣରୁ, ଗରିବମାନେ ବିଭିନ୍ନ ରୋଗ କବଳରେ ପଡ଼ିଥାନ୍ତି। ସେହିଭଳି, ଆୟ ସ୍ଥିତି ବ୍ୟତିରେକ, ଶିକ୍ଷାର ଅଭାବ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ପ୍ରତିକୂଳ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ।

ବହୁ ମଧ୍ୟବିତ ପରିବାର ସମେତ ଗରିବ ବର୍ଗର ଲୋକମାନେ, ରୋଗ ବ୍ୟାଧି ଯୋଗୁଁ ଏକ ପ୍ରକାର ଆର୍ଥିକ ଧକ୍କାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ଏକ ଆକଳନରୁ ଜଣାପଡ଼େ ଯେ ଖର୍ଚ୍ଚ ସାପେକ୍ଷ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗୁଁ, ପୃଥିବୀର ପ୍ରାୟ ୧୦ କୋଟି ଲୋକ ପ୍ରତ୍ୟେକ ବର୍ଷ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଆଡ଼କୁ ଟାଣି ହୋଇଯାଉଛନ୍ତି। ଏମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ଅର୍ଦ୍ଧେକ ହେଉଛନ୍ତି ଭାରତୀୟ। ରୋଗ ଯୋଗୁଁ, ଜୀବିକା ହରାଇବା, ଆୟ ହ୍ରାସ, ଅଭାବି ଜମି ବିକ୍ରି ଓ ସନ୍ତାନ ସନ୍ତତିଙ୍କ ଶିକ୍ଷା ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି ଅବହେଳା ଆଦି ଘଟଣାମାନ ଘଟିବା ଅସ୍ୱାଭାବିକ ନୁହେଁ। ଅପରପକ୍ଷରେ, ରୋଗଗ୍ରସ୍ତ

ବହୁ ମଧ୍ୟବିତ ପରିବାର ସମେତ ଗରିବ ବର୍ଗର ଲୋକମାନେ, ରୋଗ ବ୍ୟାଧି ଯୋଗୁଁ ଏକ ପ୍ରକାର ଆର୍ଥିକ ଧକ୍କାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ଏକ ଆକଳନରୁ ଜଣାପଡ଼େ ଯେ ଖର୍ଚ୍ଚ ସାପେକ୍ଷ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗୁଁ, ପୃଥିବୀର ପ୍ରାୟ ୧୦ କୋଟି ଲୋକ ପ୍ରତ୍ୟେକ ବର୍ଷ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଆଡ଼କୁ ଟାଣି ହୋଇଯାଉଛନ୍ତି। ଏମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ଅର୍ଦ୍ଧେକ ହେଉଛନ୍ତି ଭାରତୀୟ।

ବାଳକ ବା ବାଳିକାମାନେ ଶିକ୍ଷାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୁଯୋଗ ପ୍ରାପ୍ତିରୁ ବଂଚିତ ରହନ୍ତି, ଯଦ୍ୱାରା ପରବର୍ତୀ କାଳରେ ସେମାନଙ୍କ କର୍ମ- ନିଯୁକ୍ତି ସମ୍ଭାବନା ମଧ୍ୟ ହ୍ରାସ ପାଇଥାଏ।

ଶିକ୍ଷା ଓ ଆୟ ବ୍ୟତିରେକ, ପାନୀୟଜଳ, ପରିମଳ, ପୁଷ୍ଟି, ପରିବେଶ, ଲିଂଗ ଭେଦ, ସାମାଜିକ ସ୍ଥିରତା ଓ ସ୍ଥିତି ଆଦି ବିଷୟ ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ। ସେହିପରି କୃଷି ନୀତି ଏବଂ ଖାଦ୍ୟ ବଂଟନ ବ୍ୟବସ୍ଥା, ସହରୀ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଓ ପରିବହନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଏ। ଶକ୍ତି ସୁରକ୍ଷା ଅଭାବରୁ ବିଶେଷ ଭାବେ ମହିଳା ଓ ଶିଶୁମାନେ, କାଠ ଓ ଖତ ଭଳି ଜୈବ ଇନ୍ଧନ ପ୍ରସ୍ତୁତ ଘରୋଇ ବାୟୁ ପ୍ରଦୂଷଣର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ପ୍ରତିକୂଳ ପ୍ରଭାବ ପକାଉଥିବା ଏଭଳି ସାମାଜିକ କାରଣଗୁଡ଼ିକର ଦୂରୀକରଣ ପାଇଁ ବିଶ୍ୱ ଜାତି ସଂଘ ଦ୍ୱାରା ମଧ୍ୟ ସଦସ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ରମାନଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି। କେବଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନରେ ସମାନତା ଅବଲମ୍ବନ କରିବା ଯଥେଷ୍ଟ ନୁହେଁ। ଅପିତୁ, ଦୀର୍ଘ କାଳ ଧରି ସାମାଜିକ ବୈଷମ୍ୟର ଶିକାର ହୋଇଥିବା ଲୋକମାନଙ୍କ ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ଆବଶ୍ୟକ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ନିଜର ପ୍ରସିଦ୍ଧ ପୁସ୍ତକ "ଇକ୍ୱାଲିଟି"ରେ ବ୍ରିଟିଶ୍ ଅର୍ଥନିତିଜ୍ଞ ଟନି ଦର୍ଶାଇଛନ୍ତି ଯେ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ପାଇଁ "କେବଳ ଏକ ଉନ୍ମୁକ୍ତ ପଥ ନୁହଁ ବରଂ ଏକ ଭଲ ଯାତ୍ରାରମ୍ଭ" ମଧ୍ୟ ଆବଶ୍ୟକ।

ଏଭଳି ଅନେକ ଚିନ୍ତାଧାରା ଉପରେ ହିଁ ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଓ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପର୍ଯ୍ୟବେଶିତ। ତେବେ ଦୂରଦୃଷ୍ଟି ଏବଂ ମୂଲ୍ୟବୋଧ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଏ ଉଭୟ ପରିକଳ୍ପନାରେ ଭିନ୍ନତା ରହିଛି।

"ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ" (MDGs) ଗୁଡ଼ିକ ବିଶେଷ ଭାବେ, ଟେକ୍ନୋକ୍ରାଟ୍‌ମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ବିକଶିତ କରାଯାଇଥିଲା। ନୂତନ ସହସ୍ରାବ୍ଦର ସଦ୍ୟ ସକାଳରେ ସଦସ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ରଗୁଡ଼ିକ ଏହାକୁ ଆନନ୍ଦରେ ଆପଣେଇ ନେଇଥିଲେ। ତେବେ ଏହି ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ଅବିକଶିତ ଦେଶଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ, ବିକଶିତ ଦେଶଗୁଡ଼ିକର ଚିନ୍ତାଧାରା ଉପରେ ପର୍ଯ୍ୟବସିତ ହୋଇଥିଲା। ଏଥିରେ ସ୍ୱଳ୍ପ ଓ ମଧ୍ୟମ ଆୟକାରୀ ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ନିରାକରଣ ଓ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଜନିତ ବ୍ୟାଧି ଓ କ୍ଷୁଧା ନିବାରଣ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିଲା। MDGର ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ କେବଳ ଏହି ଦେଶଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ହିଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଥିଲା। ଏଥିରେ ସାମାଜିକ କାରଣଗୁଡ଼ିକୁ ଅଣଦେଖା କରାଯିବା ଦ୍ୱାରା ସାମଗ୍ରିକ ବିକାଶର ଆଦର୍ଶ ପ୍ରତିଫଳିତ ହୋଇପାରିନଥିଲା। ଅବଶ୍ୟ ଆଠଟି MDG ବା ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ତିନୋଟି ଲକ୍ଷ୍ୟ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଥିଲା। ବିଶେଷ ଭାବେ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁହାର, ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ଓ ଏଚ୍‌ଆଇଭି- ଏଡ୍‌ସ୍, ଯକ୍ଷ୍ମା ଓ ମେଲେରିଆ ଭଳି ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ ନିରାକରଣ ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ହୋଇଥିଲା। କାରଣ, ନିମ୍ନ ଓ ମଧ୍ୟମ ଆୟ ବର୍ଗର ଦେଶଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ଏଗୁଡ଼ିକୁ ଏକ ବଡ଼ ଆହ୍ୱାନ ଭାବେ ବିବେଚନା କରାଯାଇଥିଲା।

ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ସେତେବେଳେ କାୟାବିସ୍ତାର କରି ସାରିଥିବା ଅଣ- ସଂକ୍ରମଣ ଜନୀତ ରୋଗ ପ୍ରତି ଗଡଏ ରେ କୌଣସି ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଇନଥିଲା। ବିଂଶ ଶତାବ୍ଦୀରେ ୧୦ କୋଟି ଲୋକଙ୍କ ଜୀବନ ନେଇଥିବା ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟ ବ୍ୟବହାର ଭଳି ଏକ ବିରାଟ ଘାତକ ଉପରେ ମଧ୍ୟ MDGs ନୀରବ ରହିଥିଲା। ତଥାପି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର କେତେକ ପ୍ରମୁଖ ଦିଗ ସମ୍ପର୍କରେ ବିଭିନ୍ନ ଦେଶରେ ଦୃଷ୍ଟି ଦିଆଗଲା। ଏହାଦ୍ୱାରା ସଂପୃକ୍ତ ଦିଗଗୁଡ଼ିକ ପାଇଁ ବୈଶ୍ୱିକ ଆଗ୍ରହ ମଧ୍ୟ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଥିଲା। ଏଡ୍‌ସ୍, ଯକ୍ଷ୍ମା ଓ ମେଲେରିଆ ନିରାକରଣ ପାଇଁ ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ପାଣ୍ଠିର ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେଲା। ତେବେ ଏହାଦ୍ୱାରା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଭଳି ଏକ ବ୍ୟାପକ ବିଷୟକୁ କେବଳ ରୋଗ ଆଧାରରେ ଏବଂ ବୟସ ଆଧାରରେ ବିଭକ୍ତ କରି ଦିଆଗଲା। ଫଳସ୍ୱରୂପ, ଅଣ-ସଂକ୍ରାମକ ରୋଗ, ମାନସିକ ରୋଗ ଆଦି ପ୍ରମୁଖ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ବିଷୟଗୁଡ଼ିକ ପ୍ରତି MDGsରେ କୌଣସି ଧ୍ୟାନ ଦିଆଗଲା ନାହିଁ। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, MDGsରେ ମୃତ୍ୟୁ ହ୍ରାସ ଉପରେ ପ୍ରାଧାନ୍ୟ ଦିଆଗଲା ସିନା, ରୋଗଜନିତ ଅକ୍ଷମତା ଓ ଅକର୍ମଣ୍ୟତାକୁ ଅଣଦେଖା କରାଗଲା। ଅଧିକନ୍ତୁ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ସହସ୍ରାବ୍ଦ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଭିତିଭୂମି ଓ ବ୍ୟବସ୍ଥା ନିର୍ମାଣ ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଗଲା ନାହିଁ। ଅପରପକ୍ଷରେ, କେତେକ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ରୋଗ ବା ବ୍ୟାଧି ନିରାକରଣ ଉପରେ ଅତ୍ୟଧିକ ଧ୍ୟାନ ଦିଆଯିବା ଫଳରେ, ସୀମିତ ସମ୍ବଳ ଦେଶଗୁଡ଼ିକରେ, ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ ଅବହେଳିତ ହେଲା। ମୋଟାମୋଟି ଭାବେ, MDGs ଗୁଡ଼ିକ ଆୟ, ଲିଂଗଗତ, ସହରୀ–ଗ୍ରାମୀଣ ବିଷମତା ଭଳି ସାମାଜିକ କାରଣକୁ ବାଦ ଦେଇ କେବଳ କେତୋଟି ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ମାପଦଣ୍ଡ ଉପରେ ନିର୍ଭରଶୀଳ ହେଲା।

ଅନ୍ୟପକ୍ଷରେ, ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (SDGs) ଗୁଡ଼ିକରେ କେତେକ ବାସ୍ତବଧର୍ମୀ ଓ ଉନ୍ନତ ଚିନ୍ତାଧାରାର ପରିପ୍ରକାଶ ହେଲା। ପ୍ରଥମ, ଏହି ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ, ମୁକ୍ତ ବିଚାର-ବିମର୍ଷ ମାଧ୍ୟମରେ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହେଲା। ଦ୍ୱିତୀୟ, ସେଗୁଡ଼ିକ ସବୁ ଦେଶ ପାଇଁ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ। ତୃତୀୟ, ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଆଧାରିତ ଏହି ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ, ବିଭିନ୍ନ କ୍ଷେତ୍ରର ପାରସ୍ପାରିକତା ଉପରେ ନିର୍ଭରଶୀଳ। ଚତୁର୍ଥ, ପରିବେଶ ସୁରକ୍ଷା ଓ ସଂରକ୍ଷଣକୁ ଏଥିରେ ପ୍ରମୁଖତାର ସହିତ ସ୍ଥାନିତ କରାଯାଇଛି। ପରିଶେଷରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକର ଏକ ସାମଗ୍ରୀକ ଦୃଷ୍ଟିଭଙ୍ଗୀ ରହିଛି।

୧୭ଟି ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ସମୂହ ମଧ୍ୟରେ ଏକକ କିନ୍ତୁ ଉଚ୍ଚାଭିଳାଷୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଲକ୍ଷ୍ୟଟି ହେଉଛି "ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ଉନ୍ନତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ ସବୁ ବୟସ ପାଇଁ ସର୍ବମଙ୍ଗଳ।" ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଷୟରେ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ୯ଟି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ରହିଛି:- ପ୍ରତି ଏକ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଜୀବିତ ଜନ୍ମିତ ଶିଶୁଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁହାର ୭୦କୁ ହ୍ରାସ କରିବା, ୫ ବର୍ଷରୁ କମ୍ ବୟସ ଶିଶୁଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୨୫ କୁ ଏବଂ ପ୍ରତି ୧୦୦୦ ଜୀବିତ ଜନ୍ମିତ ଶିଶୁଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ, ନବଜାତ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ୧୨କୁ ହ୍ରାସ କରିବା; 'ଏଡ୍‌ସ୍, ମେଲେରିଆ ଓ ଯକ୍ଷ୍ମା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ'; ୩୦ ରୁ ୭୦ ବୟସ ମଧ୍ୟରେ ଅଣ- ସଂକ୍ରମଣ ରୋଗ ଜନୀତ ଅପମୃତ୍ୟୁ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ; ସଡ଼କ ଦୁର୍ଘଟଣା ଜନୀତ ମୃତ୍ୟୁ ସଂଖ୍ୟାରେ ଅର୍ଦ୍ଧେକ ହ୍ରାସ; ବାୟୁ, ଜଳ ଓ ମୃତିକା ପ୍ରଦୂଷଣ ହ୍ରାସ ଇତ୍ୟାଦି। ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବାର ସାର୍ବଜନୀନକରଣ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଆର୍ôଥିକ ସୁରକ୍ଷା ଏବଂ ପ୍ରଜନନ ଓ ଲିଂଗଗତ ସମସ୍ୟା ପାଇଁ ଅବାଧିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଏହି SDGsରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଆରୋପ କରାଯାଇଛି। ଧୂମପାନ ସମ୍ପର୍କୀତ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନ ପ୍ରଣୀତ ନିୟମାବଳୀ ପାଳନ କରିବାକୁ ମଧ୍ୟ ଏଥିରେ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଛି।

ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କିତ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ସମ୍ପର୍କ ଅତି ସ୍ପଷ୍ଟ। ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଦୂରୀକରଣ, କ୍ଷୁଧା ନିବାରଣ, ସାର୍ବଜନୀନ ଶିକ୍ଷା, ଲିଂଗଗତ ସମାନତା, ଯୋଜନାବଦ୍ଧ ସହରୀ ବିକାଶ, ସ୍ୱଚ୍ଛ ଶକ୍ତି, ଜଂଗଲ ଓ ସାମୁଦ୍ରିକ ଜୀବଜଗତ ସଂରକ୍ଷଣ, ସମ୍ବଳର ସହପଯୋଗ, ଶାନ୍ତି ସ୍ଥାପନ ଓ ସର୍ବୋପରି, ପୃଥିବୀର ସୁରକ୍ଷା ଆଦି ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସହିତ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ଏବଂ ପରୋକ୍ଷ ଭାବେ ଜଡ଼ିତ। ମାନବ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ବାୟୁ ପ୍ରଦୂଷଣ ଓ ବିଭିନ୍ନ ରସାୟନ ଯୋଗୁଁ ହେଉଥିବା ମୃତିକା ଓ ଜଳ ପ୍ରଦୂଷଣର ଗୁରୁତର କୁପ୍ରଭାବ ରହିଛି। ସେହିପରି ଜଳବାୟୁ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଜନୀତ ବିଶ୍ୱ ତାପନ, ଗ୍ରୀଷ୍ମ ପ୍ରବାହ, ବନ୍ୟା, ବାତ୍ୟା, ମଶା ଭଳି ବାହକ ଜନୀତ ରୋଗ ବୃଦ୍ଧି, ଉତ୍ପାଦନ ହ୍ରାସ, ଖାଦ୍ୟଶସ୍ୟର ପୁଷ୍ଟିହୀନତା, ଚିନ୍ତାଗ୍ରସ୍ତ ମାନସିକ ଅସ୍ଥିରତା ଏବଂ ଜଳବାୟୁ ପ୍ରେରିତ ଦେଶାନ୍ତର ଗମନ ଆଦି ଯୋଗୁଁ ମାନବୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବିଭିନ୍ନ ସମସ୍ୟାମାନ ମୁଣ୍ଡ ଟେକୁଛି।

ମିଳିତ ଜାତିସଂଘ ଦ୍ୱାରା ଅନୁମୋଦିତ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ କରିବାକୁ ୨୦୧୫ ମସିହାରେ ଭାରତ ସ୍ୱାକ୍ଷର କରିଛି। ଏଥିରେ ଥିବା ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପରି, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟ ଭାରତ ପାଇଁ ବେଶ୍ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ। ତେଣୁ ଏହି ସବୁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପ୍ରାପ୍ତି ସକାଶେ, ଆମକୁ ସତତ ପ୍ରଚେଷ୍ଟା କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଏଥିପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ନିତୀ ପ୍ରଣୟନ ସମୟରେ ସମନ୍ୱୟ ସୃଷ୍ଟି କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ତେବେ ଯାଇ ଆମେ ଆମ ପାଇଁ ଏକ ସୁସ୍ଥ ଭବିଷ୍ୟତ ସୁନିଶ୍ଚିତ କରିପାରିବା। ମନେ ରଖିବାକୁ ହେବ ଧାରଣଶୀଳ ଓ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ହିଁ ହେଉଛି ମୂଳମନ୍ତ୍ର।

ଅଧ୍ୟକ୍ଷ, ଭାରତୀୟ ଜନସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ (PHFI)

Unfiled Notes Page 30

ଏଚଆଇଭି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସଫଳତାର ମନ୍ତ୍ର

■ ଅଳକା ନାରଙ୍ଗ ଓ ଅଂଜେଲା ଚୌଧୁରୀ

> ଭାରତରେ ଚାଲିଥିବା ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ତିନିଟି ପର୍ଯ୍ୟାୟର ପାଂଚବର୍ଷିଆ ଅବଧି ପୂରଣ କରିଛି। ଏବେ ଚତୁର୍ଥ ପର୍ଯ୍ୟାୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି। ଏହି ଜାତୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରବର୍ତୀ ପ୍ରତ୍ୟେକ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏଡ୍‌ସ, ଏଚଆଇଭିର ସାଂପ୍ରତିକ ବା ଉପସ୍ଥିତ ସ୍ଥିତି ଏବଂ ଆହ୍ୱାନର ମୁକାବିଲା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଉଛି। ଏଚ୍‌ଆଇଭି ମୁକାବିଲା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରୁ ଅନେକ ଅଭିଜ୍ଞତା ଓ ତଥ୍ୟ ମିଳୁଛି। ଦେଶର ବ୍ୟାପକ ବିବିଧତା ଓ ଅସୁବିଧା ସତ୍ୱେ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଜରିଆରେ ଏଡ୍‌ସ ମହାମାରୀର ପ୍ରସାରକୁ ରୋକାଯାଇ ପାରିଛି। ଏହା ଏକ ବଡ଼ ସଫଳତା।

୨୦୧୫ର ଜାତୀୟ ଏଚଆଇଭି ଆକଳନ ଅନୁସାରେ ଭାରତରେ ୨୧ଲକ୍ଷ ୧୭ ହଜାର ଏଚଆଇଭି ଆକ୍ରାନ୍ତ ଲୋକ ଅଛନ୍ତି। ଅତଏବ ଏହି ସଂଖ୍ୟା ଅନୁସାରେ ଭାରତରେ ବିଶ୍ୱର ତୃତୀୟ ସର୍ବାଧିକ ଏଚଆଇଭି ଆକ୍ରାନ୍ତ ରହୁଛନ୍ତି। ୧୯୮୭ରେ ଚେନ୍ନଇରେ ପ୍ରଥମ ଏଚଆଇଭି ଆକ୍ରାନ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତି ଚିହ୍ନଟ ହେବା ପରେ ଏହି ନୂଆ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂକଟର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ଭାରତ ଅସାଧାରଣ ରାଜନୈତିକ ଆଗ୍ରହ ଓ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିଛି। ଏକନିଷ୍ଠ ପ୍ରଚେଷ୍ଟା ଓ ଉତ୍ସର୍ଗୀକୃତ ମନୋଭାବ ଦ୍ୱାରା ଭାରତରେ ଏଡ୍‌ସ ମୁକାବିଲା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ବିଶ୍ୱର ସବୁଠୁ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ହୋଇପାରିଛି। ଏଚ୍‌ଆଇଭି ମହାମାରୀର ସାମାଜିକ ଓ ଆର୍ଥିକ ବୋଝ ଟିବି, ମେଲେରିଆ ଓ କୁଷ୍ଠ ବ୍ୟାଧି ତୁଳନାରେ କମ୍ ହୋଇଥିଲେ ହେଁ ରାଜନୈତିକ ନେତୃତ୍ୱ ପରିବର୍ତନ ସତ୍ୱେ ଏହାର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ନିରନ୍ତର ଅଗ୍ରାଧିକାର ଓ ରାଜନୈତିକ ଇଚ୍ଛାଶକ୍ତି ଯୋଗୁଁ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଯଥେଷ୍ଟ ସଫଳତା ହାସଲ କରିଆସୁଛି। ଏହାଫଳରେ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ସଂକ୍ରମଣ ଓ ଆକ୍ରାନ୍ତ ହାର କ୍ରମାଗତ ଭାବେ ହ୍ରାସ ପାଉଛି। ଗତ ଦଶନ୍ଧିରେ ଏହି ହାର ୦.୪୧ ଶତାଂଶ ଥିବାବେଳେ ୨୦୧୫ରେ ଏହା ୦.୨୬ ଶତାଂଶକୁ ହ୍ରାସ ପାଇଛି।

ଭାରତରେ ଚାଲିଥିବା ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ତିନିଟି ପର୍ଯ୍ୟାୟର ପାଂଚବର୍ଷିଆ ଅବଧି ପୂରଣ କରିଛି। ଏବେ ଚତୁର୍ଥ ପର୍ଯ୍ୟାୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି। ଏହି ଜାତୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରବର୍ତୀ ପ୍ରତ୍ୟେକ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏଡ୍‌ସ, ଏଚଆଇଭିର ସାଂପ୍ରତିକ ବା ଉପସ୍ଥିତ ସ୍ଥିତି ଏବଂ ଆହ୍ୱାନର ମୁକାବିଲା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଉଛି।

ଏଚ୍‌ଆଇଭି ମୁକାବିଲା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରୁ ଅନେକ ଅଭିଜ୍ଞତା ଓ ତଥ୍ୟ ମିଳୁଛି। ଦେଶର ବ୍ୟାପକ ବିବିଧତା ଓ ଅସୁବିଧା ସତ୍ୱେ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଜରିଆରେ ଏଡ୍‌ସ ମହାମାରୀର ପ୍ରସାରକୁ ରୋକାଯାଇ ପାରିଛି। ଏହା ଏକ ବଡ଼ ସଫଳତା। ଏହି ସଫଳତା ପଛରେ ଅନେକ କାରଣ ରହିଛି।

ଭାରତର ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ

Unfiled Notes Page 31

କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ (ଏନ୍‌ଏସିପି) ପ୍ରାରମ୍ଭରୁ ଏହାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ଓ ନିର୍ଦ୍ଦେଶାବଳୀକୁ ସୁସ୍ପଷ୍ଟ କରିଛି । ଏହା ଦ୍ୱାରା ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ କର୍ତବ୍ୟରେ ବ୍ରତୀ ରହିବାର ମୌଳିକ ମୂଲ୍ୟବୋଧକୁ ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ରୂପ ଦିଆଯାଇଛି । ଅଧିକାର, ସମତା, ଅନ୍ତର୍ନିର୍ବେଶ, ବହୁପାକ୍ଷିକ ମତାମତ ଓ ସହଯୋଗ ତଥା ଅବହେଳିତ ଏବଂ ନିର୍ଦ୍ଧନମାନଙ୍କୁ ସମ୍ମାନ ଓ ମର୍ଯ୍ୟାଦା ପ୍ରଦାନର ପ୍ରତିଶ୍ରୁତି ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଏକ ଆଦର୍ଶ ବା ମଡେଲରେ ପରିଣତ କରିଛି ।

ଏଚ୍‌ଆଇଭି ସହ ସଂଶ୍ଳିଷ୍ଟ ପ୍ରସଙ୍ଗ ସବୁ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ବିକେନ୍ଦ୍ରୀକୃତ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଗ୍ରହଣ ପାଇଁ ବାଟ କଢ଼ାଇଥିଲା । ସେଥିପାଇଁ ପ୍ରାଦେଶିକ ସ୍ତରରେ ପ୍ରଥମେ ରାଜ୍ୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ସମିତିମାନ ଗଠନ କରାଗଲା । ଏଚ୍‌ଆଇଭି ସଂକ୍ରମଣ ସହରାଂଚଳରୁ ଗ୍ରାମାଂଚଳକୁ ବ୍ୟାପିବାରୁ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଅଧିକ ବିକେନ୍ଦ୍ରୀକୃତ କରାଯାଇ ଜିଲ୍ଲା ଏଡ୍‌ସ ନିରାକରଣ ଓ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ୟୁନିଟମାନ ଗଠିତ ହେଲା । ଦେଶର ଉତର ପୂର୍ବାଂଚଳ ରାଜ୍ୟ ସମୂହରେ ଅଂଚଳ ଭିତିକ ଏଡ୍‌ସ, ଏଚ୍‌ଆଇଭି ସମସ୍ୟାର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ଏକ ଆଂଚଳିକ ଦପ୍ତର (ନେରୋ) ଗଠନ କରାଯାଇ ଆବଶ୍ୟକ ଭିତିଭୂମି ଓ ସମ୍ବଳର ବନ୍ଦୋବସ୍ତ କରାଯାଇଛି ।

ଭାରତରେ ଏଚ୍‌ଆଇଭିର ମୌଳିକ ସମସ୍ୟା ହେଲା ଏହା ମହିଳା ଯୌନକର୍ମୀ, ସେମାନଙ୍କ ସହ ସମ୍ପର୍କ ରଖୁଥିବା ପୁରୁଷ, ସମଲିଙ୍ଗୀ ଯୌନ ସମ୍ପର୍କ ରଖୁଥିବା ଲୋକ ଏବଂ ନିଶା ଔଷଧ ସେବନକାରୀ ଏଭଳି ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କେତେକ ଶ୍ରେଣୀର ବ୍ୟକ୍ତି ଏଚ୍‌ଆଇଭିର ଉତ୍ସ ଏବଂ ବାହକ । ଏମାନଙ୍କୁ ମୂଳ ଉତ୍ସ ଭାବେ ଧରି ସଂପୃକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିବିଶେଷଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା କରିବା ପରିବର୍ତେ ଯୋଜନାରେ ସମ୍ପୃକ୍ତ ଗୋଷ୍ଠୀର ନେତା ବା ନେତ୍ରୀମାନଙ୍କୁ ଦେଶର ଆଇନ କାନୁନର ସୀମା ସରହଦ ମଧ୍ୟରେ ଏଥିରେ ସାମିଲ କରି ସଚେତନତାର ବାର୍ତା ପ୍ରଚାର କରାଗଲା । ନିଜ ସଂପ୍ରଦାୟ ବା ଗୋଷ୍ଠୀର ଭାଗ୍ୟ ନିର୍ମାତା ହିସାବରେ ସେମାନଙ୍କୁ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦାୟିତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବା ସହ ଏହାକୁ ସଫଳ କରିବା ପାଇଁ ପ୍ରୟାସ ହେଲା ଏବଂ ତାହା ସଫଳତା ଲାଭ କରିଥିଲା । ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ପ୍ରଭାବିତ ଗୋଷ୍ଠୀ ବା ସମୁଦାୟର ଅଂଶଗ୍ରହଣ ଫଳରେ ଚିକିତ୍ସା ଓ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବର୍ଗଙ୍କ ପାଖରେ ପହଂଚି ପାରିଲା । ସମୁଦାୟ ବା ଗୋଷ୍ଠୀର ସଂପୃକ୍ତି ର ମନ୍ତ୍ର ହେଲା ଫଆମ ବିନା ଆମ ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅର୍ଥହୀନ' ।

ବହୁପାକ୍ଷିକ ପଦକ୍ଷେପ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ଏଡ୍‌ସ ଭଳି ଜଟିଳ ସମସ୍ୟାର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ଯେ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଆବଶ୍ୟକତା ଏ କଥା ବହୁ ପୂର୍ବରୁ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କର୍ତୃପକ୍ଷ ଏବଂ ଉଚ୍ଚ ସରକାରୀ ଅଧିକାରୀମାନେ ବୁଝିପାରିଥିଲେ । ଅତଏବ ଏହାକୁ କେବଳ ଜାତୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ବା ନୀତିରେ ସୀମିତ ରଖା ନଯାଇ ଏହାର କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଇଥିଲା । ଏଥିରେ ଗ୍ରାମ୍ୟ ଉନ୍ନୟନ, ଶ୍ରମ ଓ ନିଯୁକ୍ତି, ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ, ମାନବ ସମ୍ବଳ ବିକାଶ, ସାମାଜିକ ନ୍ୟାୟ ଓ ସଶକ୍ତୀକରଣ ଆଦି ପ୍ରାୟ ୨୨ଟି ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟକୁ ସାମିଲ କରାଯାଇଥିଲା ।

ଏଥିରେ ଗୋଷ୍ଠୀର ଦକ୍ଷତା ବିକାଶ ଏବଂ ଏହାର ସଦସ୍ୟମାନଙ୍କୁ ସଶକ୍ତ କରିବା ସହ ନିଷ୍ପତି ଗ୍ରହଣ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ସାମିଲ କରାଗଲା । ଅତଏବ ଗୋଷ୍ଠୀ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଶକ୍ତିଶାଳୀ କରିବା ନିମନ୍ତେ ସରକାରଙ୍କ କୌଶଳାତ୍ମକ ପଦକ୍ଷେପ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ସଫଳତା ।

ବହୁପାକ୍ଷିକ ପଦକ୍ଷେପ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ଏଡ୍‌ସ ଭଳି ଜଟିଳ ସମସ୍ୟାର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ଯେ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଆବଶ୍ୟକତା ଏ କଥା ବହୁ ପୂର୍ବରୁ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କର୍ତୃପକ୍ଷ ଏବଂ ଉଚ୍ଚ ସରକାରୀ ଅଧିକାରୀମାନେ ବୁଝିପାରିଥିଲେ । ଅତଏବ ଏହାକୁ କେବଳ ଜାତୀୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ବା ନୀତିରେ ସୀମିତ ରଖା ନଯାଇ ଏହାର କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଇଥିଲା । ଏଥିରେ ଗ୍ରାମ୍ୟ ଉନ୍ନୟନ, ଶ୍ରମ ଓ ନିଯୁକ୍ତି, ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ, ମାନବ ସମ୍ବଳ ବିକାଶ, ସାମାଜିକ ନ୍ୟାୟ ଓ ସଶକ୍ତୀକରଣ ଆଦି ପ୍ରାୟ ୨୨ଟି ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟକୁ ସାମିଲ କରାଯାଇଥିଲା । ୨୦୦୫ରେ ଏକ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ପରିଷଦ ଗଠନ କରାଗଲା ଏବଂ ଏଥିରେ ବିଭିନ୍ନ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟର ପ୍ରତିନିଧି ସଭ୍ୟ ରହିଲେ । ଏହାର ମୂଳ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଥିଲା ବହୁପାକ୍ଷିକ ମିଳିତ ପଦକ୍ଷେପ ଦ୍ୱାରା ଏଚ୍‌ଆଇଭି ଓ ଏଡ୍‌ସର ମୁକାବିଲା କରିବା ।

ଏଡ୍‌ସ ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଚତୁର୍ଥ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ମଧ୍ୟ ଅଂଶୀଦାରୀ ଭିତିରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରିବାକୁ ଏକ କୌଶଳ ରୂପେ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି । ଏଥିରେ ଘରୋଇ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସରକାରୀ ବିଭାଗକୁ ସାମିଲ କରାଯାଇଛି । ଆହୁରି ମଧ୍ୟ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ଆକ୍ରାନ୍ତମାନଙ୍କୁ ବିଭିନ୍ନ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ତରଫରୁ ସାମାଜିକ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଜନାରେ ସୁବିଧା ସୁଯୋଗ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଇ ସେମାନଙ୍କ ଜୀବନକୁ ସୁଖମୟ କରାଯାଇପାରୁଛି । ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ମଧ୍ୟ

ଏଚ୍‌ଆଇଭିର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ୧୪ଟି ଅନ୍ୟ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ସହ ବୁଝାମଣା ପତ୍ର ସ୍ୱାକ୍ଷର କରି ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରୁଛି।

ନିରନ୍ତର ରାଜନୈତିକ ସମର୍ଥନ ବିକାଶମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ରାଜନୈତିକ ସହାୟତା ଓ ଆଗ୍ରହ ସୃଷ୍ଟି ପାଇଁ ଅପରିହାର୍ଯ୍ୟ। ଭାରତର ଏଚ୍‌ଆଇଭି ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ରାଜନୈତିକ ନେତୃମଣ୍ଡଳୀ ତଥା ନୀତି ନିର୍ଦ୍ଧାରକ, ନିରନ୍ତର, ପୂର୍ଣ୍ଣାଙ୍ଗ ଏବଂ ଗଠନ ମୂଳକ ସମର୍ଥନ ଯୋଗାଇ ଆସୁଛନ୍ତି। ଦଳମତ ନିର୍ବିଶେଷରେ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଅଭୂତପୂର୍ବ ସମର୍ଥନ ମିଳିଆସୁଛି। ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ପରିଷଦ, ନୀତି ନିର୍ଦ୍ଧାରକଙ୍କୁ ସଚେତନ କରିବା ନିମନ୍ତେ ଏଚ୍‌ଆଇଭି ସଚେତନା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ସଂସଦୀୟ ମଂଚ, ଏହି ବ୍ୟାଧି ନିରାକରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଜାତୀୟ ପଂଚବାର୍ଷିକ ଯୋଜନାରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବା ଆଦି ସରକାରୀ ପ୍ରୟାସ ଓ ନିଷ୍ଠାର ପ୍ରମାଣ। ତଦାରଖ, ମୂଲ୍ୟାୟନ, ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ଓ ଗବେଷଣା ଆଦିକୁ ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଇଛି। ଏହାଦ୍ୱାରା ଅନେକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ତଥ୍ୟ ହାସଲ କରାଯାଇଥାଏ ଏବଂ ଯୋଜନାର ଉତମ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀତାରେ ତାହାକୁ ଉପଯୋଗ କରାଯାଏ। ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଜାଗ୍ରତ ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା (ଏଚ୍‌ଏସ୍‌ଏସ୍) ହେଉଛି ବିଶ୍ୱର ସର୍ବବୃହତ୍ ଏଡ୍‌ସ ନିରୀକ୍ଷଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ। ଏହି ବ୍ୟବସ୍ଥା ମାଧ୍ୟମରେ ଦେଶର ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରାନ୍ତରେ ବିଭିନ୍ନ ଗୋଷ୍ଠୀ ମଧ୍ୟରେ ଏଡ୍‌ସର ଗତିବିଧି ସମ୍ପର୍କରେ ତଥ୍ୟ ସଂଗ୍ରହ କରାଯାଇ ପ୍ରତିକାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେଉଛି। ପ୍ରମାଣଭିତିକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ବ୍ୟବହାର ନିରୀକ୍ଷଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା (ବିଏସ୍‌ଏସ୍) ଓ ସମନ୍ୱିତ ଜୈବିକ ଏବଂ ବ୍ୟବହାରିକ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଆଦି ଏହି ଯୋଜନାକୁ ସଫଳ କରିବାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରୁଛି।

ଜାତୀୟ ଏଡ୍‌ସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଏକ ପାଇଲଟ ମଡେଲ ବା ଆଗୁଆ ଢାଂଚା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରି ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସଫଳତା, ବିଫଳତା ଆକଳନ କରିବାକୁ ଆଗ୍ରହୀ। ଏ ଦିଗରେ ଜ୍ଞାନ ପରିଚାଳନା ଏବଂ ଶିକ୍ଷା ବିଶେଷ ସହାୟକ ହୋଇଛି ଯାହା ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ପ୍ରୋଗ୍ରାମ ଓ ଡିଜାଇନ ପ୍ରସ୍ତୁତିରେ ଉଲ୍ଲେଖନୀୟ ଭୂମିକା ନିର୍ବାହ କରୁଛି। ସଂଗଠନ ପକ୍ଷରୁ ଲର୍ଣ୍ଣିଂ ସାଇଟ୍ ଏବଂ ଉତମ ବ୍ୟବହାର କେନ୍ଦ୍ର ଦେଶବ୍ୟାପୀ ଖୋଲାଯାଇଛି। ଏହା ସହିତ ଆଲୋଚନାଚକ୍ର, ସମ୍ମିଳନୀ, ଇ-ଫୋରମ୍, ସେମିନାର ଆଦି ନିୟମିତ କରାଯାଇ ଏଡସ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଜ୍ଞାନ କୌଶଳ ଏବଂ ବିଦ୍ୟାର ଆଦାନପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଛି।

ଏଚଆଇଭି ବିରୋଧୀ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ସ୍ୱଚ୍ଛତା ପ୍ରଦର୍ଶନ ଓ ଉତର ଦାୟିତ୍ୱ ନିର୍ବାହରେ ଉଲ୍ଲେଖନୀୟ ପଦକ୍ଷେପ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି। ଏଥିପାଇଁ ବୈଷୟିକ ଅଂଶୀଦାର ଓ ଅର୍ଥ ଦାନକାରୀଙ୍କସହ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ମିଳିତ ସମୀକ୍ଷା ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି। ଏହା ବ୍ୟତୀତ ଏଥିପାଇଁ ଏକ ଜାତୀୟ ସମନ୍ୱୟକାରୀ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଓ ଟେକ୍‌ନିକାଲ ୱାର୍କିଂଗ୍ରୁପ୍ ମଧ୍ୟ ରହିଛି। ଏଥିରେ ବିଭିନ୍ନ ଗୋଷ୍ଠୀ, ବର୍ଗ ଓ ବିଶେଷଜ୍ଞମଣ୍ଡଳୀର ପ୍ରତିନିଧିଙ୍କୁ ନିଆଯାଇ ଏହାକୁ ବହୁପାକ୍ଷିକ କରାଯାଇଛି। ଫଳରେ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ତ୍ରୁଟି ରହିତ ହୋଇ ଉତମ ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୋଇପାରୁଛି। ବିଭିନ୍ନ ଆନ୍ତର୍ଜାତିକ ସଂସ୍ଥାରୁ

ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ମିଳୁଥିବା ଅର୍ଥ ତଥା ସହାୟତାରୁ ଏହାର ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ସମ୍ପର୍କରେ ଅନୁମାନ କରାଯାଇପାରିବ। ଏଡସ୍ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସଫଳ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଦୃଷ୍ଟିରୁ ଏଡସ୍ ଗ୍ଲୋବାଲ ଫଣ୍ଡ, ଗେଟସ୍ ଫାଉଣ୍ଡେସନ, ବିଶ୍ୱବ୍ୟାଙ୍କ, ଜାତିସଙ୍ଘ, ଡିଏଫଆଇଡି ଓ ୟୁଏସଏଡ଼ ଭଳି ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ସଂସ୍ଥାମାନେ ଏଥିପାଇଁ ବିପୁଳ ପାଣ୍ଠି ଯୋଗାଇ ଦେଉଛନ୍ତି।

ଏଡସ୍ ଏକ ଅସାମାନ୍ୟ ମହାମାରୀ ଓ ଏହାର ମୁକାବିଲା ପାଇଁ ଅସାଧାରଣ ପ୍ରୟାସ ଲୋଡ଼ା। ଏଚଆଇଭି ମୁକାବିଲାରୁ ଲବ୍ଧ ଶିକ୍ଷା ବିଭିନ୍ନ ବିକାଶମୂଳକ କ୍ଷେତ୍ର ପାଇଁ ପ୍ରାସଙ୍ଗିକ। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅନେକ ସଫଳତା ସତ୍ତ୍ୱେ ଆହୁରି କିଛି ଇଲାକା ରହିଛି ଯେଉଁଠି ଅଧିକ କିଛି କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ସେଥିମଧ୍ୟରୁ ଆଇନଗତ ଦିଗ ଅନ୍ୟତମ।

ମିଳିତ ଜାତିସଂଘ ବିକାଶ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ, ୟୁଏନ୍‌ଡିପିର ଭାରତ ପାଇଁ ସହକାରୀ କଂଟ୍ରି ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ

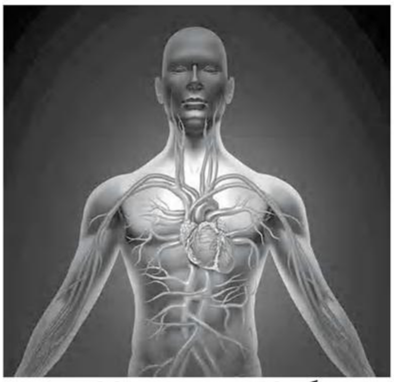
ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଓ ସହ୍ରନଶୀଳ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ

■ ଚନ୍ଦ୍ରକାନ୍ତ ଲହରିୟା

ଶାରୀରିକ ଓ ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଦେବା ଏବଂ କଲ୍ୟାଣ ସାଧନ ନିମନ୍ତେ ତଥା ସମସ୍ତଙ୍କ ଜୀବନ କାଳର ଅବଧି ବୃଦ୍ଧି ନିମନ୍ତେ ଆମ୍ଭମାନଙ୍କୁ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଦେବାକୁ ହେବ ଏବଂ ସମସ୍ତେ ଯେପରି ଉନ୍ନତମାନର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ ଚେଷ୍ଟା କରିବାକୁ ହେବ। ଏହି ଅଭିଯାନରେ କାହାରିକୁ ବାଦ ପକାଯିବ ନାହିଁ ଏବଂ ସାମଗ୍ରିକ ବିକାଶ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ପ୍ରାଧାନ୍ୟ ରହିବ। ଏସଡିଜିରେ ଥିବା ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ତୃତୀୟ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ହେଉଛି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ରହିଥିବା ଆହ୍ୱାନଗୁଡ଼ିକର ମୁକାବିଲା କରିବା ଏବଂ ସୁସ୍ଥ ଜୀବନକୁ ନିଶ୍ଚିତ କରିବା।

ଦେଶର ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ବୃହତ ଭାଗ ଯେପରି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ କରାଯାଇଛି ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା- ୟୁଏଚସି। ଏହାର ଆଭିମୁଖ୍ୟ ରହିଛି ସମସ୍ତଙ୍କୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନମୂଳକ, ନିରାକରଣଯୋଗ୍ୟ, ଆରୋଗ୍ୟସାଧ ଓ ପୁନଃବ୍ୟବସ୍ଥାପିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଦେବା ପ୍ରଦାନ। ଏହା ସହ ଲୋକମାନେ ଯେପରି ଭଲମାନର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇବେ ଏବଂ ଏହି ସେବା ପାଇବା ବେଳେ ଆର୍ଥିକ ଅସୁବିଧାର ସମ୍ମୁଖୀନ ହେବେନାହିଁ ତାହା ରହିଛି ଏହି ଯୋଜନାର ଆଭିମୁଖ୍ୟ। ଏହି ପ୍ରଶଂସନୀୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ବିଶ୍ୱ ସମୁଦାୟର ଦୃଷ୍ଟି ଆକର୍ଷଣ କରିବା ସହ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଦିଗରେ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଯୋଗାଇଥିଲା।

ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମହାସଭା ୨୦୦୫ରେ ଗୃହିତ ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁସାରେ ଏହି ଯୋଜନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବା ପାଇଁ ନିଜ ନିଜର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ସମ୍ପର୍କିତ ଆର୍ଥିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ତିଆରି କରିବା ପାଇଁ ପରାମର୍ଶ ଦିଆଯାଇଥିଲା। ୨୦୦୮ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରିପୋର୍ଟର ଶୀର୍ଷକ ରହିଥିଲା 'ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା: ପୂର୍ବ ତୁଳନାରେ ଯଥେଷ୍ଟ'। ଏହା ପରେ ୨୦୧୦ରେ ପ୍ରକାଶିତ ରିପୋର୍ଟର ଶୀର୍ଷକ ରହିଥିଲା ଫସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ଅର୍ଥ ବ୍ୟବସ୍ଥା: ସାର୍ବଜନୀନ ସେବା ଦିଗରେ ପଦକ୍ଷେପ'। ଏହି ସମୟକାଳରେ ବ୍ରାଜିଲ, ମେକ୍ସିକୋ, କୀରଗିଜସ୍ତାନ, ଥାଇଲାଣ୍ଡ ଓ ଚୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଦିଗରେ ଆର୍ଥିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିଥିବା



ବେଳେ ଅତିରିକ୍ତ ଜନଗଣଙ୍କ ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଲାଗି ପଦକ୍ଷେପ ନେଇଥିଲେ।

ୟୁଏଚସି ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ଦୃଷ୍ଟି ଆକର୍ଷଣ କରିଥିଲା ଏବଂ ୨୦୧୧ରେ ଡବ୍ଲୁଏଚଏ ଦ୍ୱାରା ୟୁଏଚସି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଅତିରିକ୍ତ ପ୍ରସ୍ତାବ ଜରିଆରେ ସମୃଦ୍ଧ ହୋଇଥିଲା। ପରେ ୟୁଏଚସି ସମ୍ପର୍କରେ ମିଳିତ ଜାତିସଂଘ ସାଧାରଣ ସଭାରେ ଆଲୋଚିତ ହେବା ସହ ୧୨ ଡିସେମ୍ବର ୨୦୧୨ରେ ଏନେଇ ଏକ ପ୍ରସ୍ତାବ ଗୃହୀତ ହୋଇଥିଲା। ଜାତିସଂଘ ସାଧାରଣ ସଭାରେ ଗୃହୀତ ପ୍ରସ୍ତାବ ଥିଲା ଐତିହାସିକ। କାରଣ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଭାରେ ଯୋଗଦେଇଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀମାନଙ୍କ କର୍ତ୍ତୃତ୍ୱରୁ ବାହାରି ଜାତିସଂଘ ସାଧାରଣ ସଭାରେ ଯୋଗଦେଇଥିବା ବୈଦେଶିକ ବ୍ୟାପାର ମନ୍ତ୍ରୀ ଓ ରାଷ୍ଟ୍ରମୁଖ୍ୟମାନଙ୍କ ନିକଟକୁ ସ୍ଥାନାନ୍ତରିତ ହୋଇଥିଲା। ୟୁଏଚସି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ୟୁଏନଜିଏ ପ୍ରସ୍ତାବ ୨୦୧୪ରୁ ଗୃହୀତ ହେବା ପରଠାରୁ ୧୨ ଡିସେମ୍ବରକୁ ୟୁଏଚସି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଘଟଣାବଳୀଗୁଡ଼ିକୁ ସ୍ମରଣ କରିବା ପାଇଁ ୟୁଏଚସି ଦିବସ ଭାବେ ପାଳନ କରାଯାଇଆସୁଛି। ଗତ ୧୦ ବର୍ଷରେ ୟୁଏଚସି ସଂପର୍କରେ ଡବ୍ଲୁଏଚଏ, ୟୁଏନଜିଏ, ଆଂଚଳିକ ଓ ରାଷ୍ଟ୍ରସ୍ତରରେ ସହାୟତା ଦିଆଯାଇଆସିଛି ଯଦ୍ଦ୍ୱାରା ୟୁଏଚସିର ଆବଶ୍ୟକତା ଓ ଗୁରୁତ୍ୱ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଛି।

ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ମହାନିର୍ଦ୍ଦେଶକ ଡଃ. ମାର୍ଗାରେଟ ଚାନ କହିଛନ୍ତି ଯେ, ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ବ୍ୟବସ୍ଥା ହେଉଛି ଏକମାତ୍ର ସର୍ବଶକ୍ତିମାନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଯାହାକି ସାଧାରଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ ଜରୁରୀ। ୟୁଏଚସିର ତିନିଟି ଦିଗ ରହିଛି। ସେଗୁଡ଼ିକ ହେଲା- ଜନସଂଖ୍ୟାକୁ ସାମିଲ କରବା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଏବଂ ଆର୍ଥିକ ସୁରକ୍ଷା ବ୍ୟବସ୍ଥା। ଏହାକୁ ଅନେକ ସମୟରେ ୟୁଏଚସି କଭରେଜ ବକ୍ସ ବୋଲି କୁହାଯାଇଥାଏ। ଏହି ବକ୍ସ ଭିତରେ ଥିବା ତଥ୍ୟ ବିଭିନ୍ନ ରାଷ୍ଟ୍ରର ସ୍ଥିତିର ପ୍ରତିଫଳନ। ଯେଉଁମାନେ ଉପଲବ୍ଧ ସେବା ପାଇଁ ଉପଯୁକ୍ତ ମୂଲ୍ୟଦେଇ ପାଇପାରନ୍ତି ସେମାନଙ୍କୁ ଏଥିରେ ସ୍ଥାନିତ କରାଯାଇନାହିଁ। ଉନ୍ନତମାନର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଉପଯୁକ୍ତ ଦରରେ ଯୋଗାଇଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଉନ୍ନତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଫଳାଫଳ ପାଇଁ ଏହି ସେବା ଯାହାକି ପ୍ରତିବଦଳରେ ଦେଶରେ ରୋଗଗତ ଢାଂଚାରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆଣିବା ପାଇଁ ସକ୍ଷମ ହୋଇଥାଏ ଏବଂ ନୂଆ ପ୍ରଯୁକ୍ତିର ଉପଲବ୍ଧତା ଆଣିଥାଏ , ତାହା ଆବଶ୍ୟକ ସେବା ଓ ବ୍ୟବହାର ଉପରେ ପ୍ରଭାବ ପକାଇଥାଏ। ଏଣୁ ପରିବର୍ତ୍ତିତ ବାସ୍ତବତାଗୁଡ଼ିକୁ ପରିପ୍ରକାଶ କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଏସବୁ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ୟୁଏଚସିକୁ ଏକ ଲକ୍ଷ୍ୟ ବୋଲି ବିଚାର କରିବା ବଦଳରେ ଏହାକୁ ଏହ ଯାତ୍ରା ବୋଲି କହିବାର ଯଥେଷ୍ଟ କାରଣ ରହିଛି। ୟୁଏଚସି ଏକ ସକ୍ରିୟ ଓ ପ୍ରଭାବଶୀଳ ପ୍ରକ୍ରିୟା ଏବଂ ଚିନ୍ତାଧାରା ଯାହାକି ୟୁଏଚସିର ସମସ୍ତ ଦିଗକୁ ପୂରଣ କରିବାକୁ ସକ୍ଷମ ହୋଇଥାଏ।

ବିଭିନ୍ନ ରାଷ୍ଟ୍ରର ଅଭିଜ୍ଞତାରୁ ସ୍ପଷ୍ଟ ହୋଇଛି ଯେ, ଏହି ଦିଗରେ ସଫଳତା ହାସଲ କରିବା ପାଇଁ ୧୦-୧୫ ବର୍ଷ ଲାଗିବ ଏବଂ ଗୋଟିଏ ଦୁଇଟି ବର୍ଷରେ ୟୁଏଚସି ସମ୍ଭବ ନୁହେଁ। ୟୁଏଚସିର ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଥିବାବେଳେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂସ୍କାର ଏବଂ ଏହାକୁ ଶକ୍ତିଶାଳୀ କରିବା ହେଉଛି ଏହାର ଆଧାର ଏବଂ ଚାଳିକାଶକ୍ତି ଯାହା ଉପରେ ୟୁଏଚସି ଆଭିମୁଖ୍ୟର ପ୍ରଗତି ନିର୍ଭର କରେ।

୨୦୦୫ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସାଧାରଣ ସଭାରେ ଏକ ସଦସ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ର ଭାବେ ଭାରତ ହେଉଛି ୟୁଏଚସି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ପ୍ରସ୍ତାବର ଏକ ଅଂଶବିଶେଷ। ସେହି ସମୟରେ ଯଦିଓ ୟୁଏଚସି ସମ୍ପର୍କରେ ଆଲୋଚନା ହୋଇନାହିଁ ଦେଶରେ ଉନ୍ନତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ତଥା ଲୋକଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟାବସ୍ଥାରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ନେଇ ଭାରତ ୧୨ ଏପ୍ରିଲ ୨୦୦୫ରେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିଥିଲା ଜାତୀୟ ଗ୍ରାମୀଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ। ମାଧ୍ୟମିକସ୍ତରୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବାର ମୂଲ୍ୟ ସକାଶେ ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ସୀମାରେଖା ତଳେ ଥିବା ଲୋକଙ୍କୁ ଆର୍ଥିକ ସହାୟତା ଦେବା ପାଇଁ ଆରମ୍ଭ କରାଯାଇଥିଲା ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନା। ଏହା ସହ ଆହୁରି କିଛି ଯୋଜନା ବି ୨୦୦୭-୦୮ରେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୋଇଥିଲା। ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରିପୋର୍ଟ ୨୦୧୦ ପ୍ରକାଶିତ ହେବା ପରେ ଦେଶର ତତ୍କାଳୀନ ଯୋଜନା ଆୟୋଗ ଭାରତରେ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଉଚ୍ଚସ୍ତରୀୟ ବିଶେଷଜ୍ଞ ଗୋଷ୍ଠୀ ଗଠନ କରିଥିଲେ। ଅକ୍ଟୋବର ୨୦୧୧ରେ ଏହି କମିଟି ନିଜର ସୁପାରିଶ ଓ ରିପୋର୍ଟ ପ୍ରଦାନ କରିଥିଲା ଯାହାକି ଭାରତରେ ୧୨ଶ ପଂଚବାର୍ଷିକ ଯୋଜନା ଅର୍ଥାତ ୨୦୧୨-୧୭ର ଚିଠା ପ୍ରସ୍ତୁତି ଦିଗରେ ସହାୟକ ହୋଇଥିଲା। ୧୨ଶ ପଂଚବାର୍ଷିକ ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତାବ ଦେଇଥିଲା ଯେ, ପ୍ରତି ରାଜ୍ୟର ଦୁଇଟି ରାଜ୍ୟରେ ୟୁଏଚସି କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯିବ ଏବଂ ଦେଶରେ ୟୁଏଚସିର ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ଦିଗରେ ଏହି ପ୍ରସ୍ତାବିତ ପ୍ରକଳ୍ପଗୁଡିକଠାରୁ ଅଭିଜ୍ଞତା ହାସଲ କରାଯିବ। ମେ ୨୦୧୩ରେ ସହରାଂଚଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା ଯୋଗାଇଦେବା

ପାଇଁ ଜାତୀୟ ସହରାଂଚଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ ଆରମ୍ଭ କରାଯାଇଥିଲା ଏବଂ ଦୁଇଟି ଉପମିଶନ ଏନଆରଏଚଏମ ଓ ଏନଏଚଏମକୁ ଏକତ୍ର କରାଯାଇ ଗଠିତ ହୋଇଥିଲା ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନ। ସମାନୁପାତିକ ଭାବେ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ନେଇ ଏନଏଚଏମର ଆଭିମୁଖ୍ୟ ରହିଥିବାବେଳେ ସୁହାଇବା ପରି ଉନ୍ନତମାନର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା, ଲୋକଙ୍କ ଆବଶ୍ୟକତା ଓ ବିଶ୍ୱସନୀୟତା ଅନୁସାରେ ସେବା ପ୍ରଦାନ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ବ୍ୟାପକ ସାମାଜିକ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ପୂରଣ କରିବା ସକାଶେ ପ୍ରଭାବଶୀଳ ଆନ୍ତଃକ୍ଷେତ୍ରୀୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଥିଲା ଏଚଏଚଏମର ଲକ୍ଷ୍ୟ। ୨୦୧୪ ମଧ୍ୟଭାଗରେ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା- ଯୋଗାଇଦେବା ନେଇ ଅନେକ କାର୍ଯ୍ୟପନ୍ଥା ଘୋଷିତ ହୋଇଥିଲା। ଭାରତରେ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ମିଶନ ଜରିଆରେ ୟୁଏଚଏ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବାକୁ ଏକ ବ୍ଲୁପ୍ରିଂଟଣ୍ଟ ପ୍ରସ୍ତୁତ ହୋଇଥିଲା। ଏପ୍ରିଲ ୨୦୧୫ରେ ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବୀମା ଯୋଜନାକୁ ଶ୍ରମ ଓ ନିୟୋଜନ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟରୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟକୁ ସ୍ଥାନାନ୍ତର କରାଯାଇଥିଲା। ଏକ ନୂଆ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତି ଚିଠା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯିବା ସହ ଏହି ନୀତିରେ ୟୁଏଚସିର ସମସ୍ତ ଆଭିମୁଖ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ ଉଲ୍ଲେଖ କରାଯାଇଛି। ସାମଗ୍ରିକ ଭାବେ କହିବାକୁ ଗଲେ, ଭାରତରେ ୟୁଏଚସି ସକାଶେ ପ୍ରାଥମିକ କାର୍ଯ୍ୟ ସମ୍ପନ୍ନ କରାଯାଇଛି। ତେବେ ଏହାର ମଞ୍ଜୁରି ଓ ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ସକାଶେ ଏହାକୁ ଅପେକ୍ଷା କରାଯାଇଛି।

୨୫ ସେପ୍ଟେମ୍ବର ୨୦୧୫ରେ ଜାତିସଂଘ ସହନଶୀଳ ବିକାଶ ସମ୍ମେଳନରେ ସହନଶୀଳ ବିକାଶ ଆଭିମୁଖ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ ମଞ୍ଜୁର କରାଯାଇଥିଲା। ଏହି ସମ୍ମେଳନରେ ଯୋଗଦେଇଥିଲେ ବିଭିନ୍ନ ରାଷ୍ଟ୍ରର ମୁଖ୍ୟ ଓ ସରକାର। ଆସନ୍ତା ୧୫ବର୍ଷ ମଧ୍ୟରେ ସହସ୍ରାବ୍ଦ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଅନୁସାରେ କାର୍ଯ୍ୟକରିବା ଏବଂ ବିଶ୍ୱରେ ବିକାଶର ଧାରାକୁ ବଜାୟ ରଖିବା ପାଇଁ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ରହିଥିଲା। ଜାତିସଂଘ ସାଧାରଣ ସଭା ବିଧିବଦ୍ଧ ଭାବେ ସାର୍ବଜନୀନ, ସମନ୍ୱିତ ଓ ରୂପାନ୍ତରଣମୂଳକ ୨୦୩୦ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯାଇଥିଲା। ଏହା ସହ ୧୭ଟି ଧାରଣକ୍ଷମ ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଓ ୧୬୯ଟି ପାରିପାର୍ଶ୍ୱିକ ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୂରଣ କରିବା ପାଇଁ ଧାର୍ଯ୍ୟ କରାଯାଇଥିଲା। ଯେଉଁ ୧୭ଟି କ୍ଷେତ୍ର ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଥିଲା ସେହି କ୍ଷେତ୍ରଗୁଡ଼ିକ ହେଲା: ଦାରିଦ୍ର୍ୟ, କ୍ଷୁଧା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଶିକ୍ଷା, ଲିଙ୍ଗଗତ ସମାନତା, ଜଳ ଓ ପରିମଳ, ଶକ୍ତି, ଶ୍ରମ ଓ ଅର୍ଥନୈତିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧି, ଶିଳ୍ପ ଓ ଭିତିଭୂମି, ଅସମାନତା, ସହର, ଦାୟିତ୍ୱସମ୍ପନ୍ନ ବ୍ୟବହାର, ଜଳବାୟୁ, ଜଳ ତଳେ ଜୀବନ, ଜମି ଉପରେ ଜୀବନ, ଶାନ୍ତି ଓ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ ଏବଂ ସହଭାଗିତା।

ସହନଶୀଳ ବିକାଶ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ୨୦୩୦ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀର ଚୂଡ଼ାନ୍ତ ବ୍ୟାଖ୍ୟାନରେ ଦର୍ଶାଯାଇଛି: ଶାରୀରିକ ଓ ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଦେବା ଏବଂ କଲ୍ୟାଣ ସାଧନ ନିମନ୍ତେ ତଥା ସମସ୍ତଙ୍କ ଜୀବନ କାଳର ଅବଧି ବୃଦ୍ଧି ନିମନ୍ତେ ଆମ୍ଭମାନଙ୍କୁ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଦେବାକୁ ହେବ ଏବଂ ସମସ୍ତେ ଯେପରି ଉନ୍ନତମାନର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ ଚେଷ୍ଟା କରିବାକୁ ହେବ। ଏହି ଅଭିଯାନରେ କାହାରିକୁ ବାଦ ପକାଯିବ ନାହିଁ ଏବଂ ସାମଗ୍ରିକ ବିକାଶ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରର ପ୍ରାଧାନ୍ୟ ରହିବ। ଏସଡିଜିରେ ଥିବା ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରୁ ତୃତୀୟ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ହେଉଛି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ରହିଥିବା ଆହ୍ୱାନଗୁଡ଼ିକର ମୁକାବିଲା କରିବା ଏବଂ ସୁସ୍ଥ ଜୀବନକୁ ନିଶ୍ଚିତ କରିବା। ସେହିପରି ସବୁ ବୟସର ଲୋକଙ୍କ କଲ୍ୟାଣ ପାଇଁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଦେବା ପାଇଁ ଏଥିରେ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଛି। ଅନ୍ୟତମ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଛି: ଆର୍ଥିକ ସୁରକ୍ଷା ସମେତ ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା, ଗୁଣବତା ଆଧାରିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ କରିବା ଓ ସମସ୍ତଙ୍କୁ ଔଷଧ ଓ ଟିକା ଯୋଗାଇଦେବା। ବିଶ୍ୱସ୍ତରୀୟ ଅଭିଜ୍ଞତାରୁ ଜଣାଯାଇଛି- ୟୁଏଚସିର ୩.୮ ଧାରାରେ ରହିଥିବା ଲକ୍ଷ୍ୟ ପୂରଣ ହୋଇଛି ଏବଂ ଏସଡିଜିରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ପୂରଣ ଦିଗରେ ଏକ ଚାଳିକାଶକ୍ତି ଭାବେ ପରିଗଣିତ ହୋଇଛି। ତିନିଟି ବ୍ୟାପ୍ତ ସଂଗଠନ ଭାବେ ଏସଡିଜି-୩କୁ ଦେଖାଯାଉଛି। ସେଗୁଡ଼ିକ ହେଲା: ଅଧୁରା ରହିଥିବା ଓ ସମ୍ପ୍ରସାରିତ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀ, ନୂଆ ଏସଡିଜି ୩ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଏବଂ ଏସଡିଜି ଏବଂ ଏସଡିଜି ୩ ଜରିଆରେ ଲକ୍ଷ୍ୟଗୁଡ଼ିକୁ ପୂରଣ କରିବା। ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ୧୬ଟି ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଓ ତଦ୍‌ଜନିତ ଲକ୍ଷ୍ୟ ନେଇ ନିଆଯାଇଥିବା ପଦକ୍ଷେପ ଉପରେ ନିର୍ଭର କରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଲକ୍ଷ୍ୟ।

ବିକାଶର ମାର୍ଗରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ କୌଣସି ରାଷ୍ଟ୍ରର ଅର୍ଥନୈତିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧିରେ ଏହା ସହାୟକ ହୋଇଥାଏ। ସେହିପରି ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଦୂରୀକରଣ କରିବା ସହ କୌଣସି ଏକ ରାଷ୍ଟ୍ରକୁ ଅଧିକ ଉତ୍ପାଦନକ୍ଷମ ଓ ଆର୍ଥିକ ଭାବେ ସୁସ୍ଥ କରିବା ଦିଗରେ ଏହାର ଭୂମିକା ପ୍ରମୁଖ ଥାଏ। ସାମାଜିକ ଓ ଅର୍ଥନୈତିକ ବିକାଶ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏସଡିଜି ଓ ୟୁଏଚସିର ଭୂମିକା ଗୋଟିଏ ମୁଦ୍ରାର ଦୁଇଟି ପାର୍ଶ୍ୱ ଭାବେ ପରିଗଣିତ ହୋଇଥାଏ। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇଁ ୟୁଏଚସି ଏକ ନୂଆ ଏକକ ଶକ୍ତି ଯାହାର ସଂଯୋଗ ସାମଗ୍ରିକ ବିକାଶମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀ ଉପରେ ନିର୍ଭର କରେ। ଅତୀତର ଅଭିଜ୍ଞତା ଉପରେ ୟୁଏଚସି ନିର୍ଭର କରେ ଏବଂ ପ୍ରାଥମିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଲାଗି ଏହା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କାର୍ଯ୍ୟସୂଚୀ ନିର୍ଦ୍ଧାରଣ କରେ। ଏସଡିଜି ହାସଲ କରିବା ପାଇଁ ବିଶ୍ୱସ୍ତରୀୟ ନେତୃବୃନ୍ଦ ଓ ସଂସ୍ଥା ଉଦ୍ୟମ କରୁଥିବାବେଳେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ରହିଥିବା ଅସମାନତାଗୁଡ଼ିକୁ ଦୂର କରିବା ଲାଗି

ସରକାର ବଳିଷ୍ଠ ପଦକ୍ଷେପ ନେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। କୌଣସି ଆର୍ଥିକ ସମସ୍ୟା ବିନା ଯେପରି ଲୋକମାନେ ମୌଳିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପାଇପାରିବେ ସେଥିପାଇଁ ଏଥିରେ ଦୃଷ୍ଟି ଦିଆଯାଇଛି। ଏନେଇ ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ଆଲୋଚନା ହୋଇଛି ଏବଂ ୟୁଏଚସି ସକାଶେ ୧୦୦ରୁ ଅଧିକ ରାଷ୍ଟ୍ର ପଦକ୍ଷେପ ନେଇଛନ୍ତି। ଏହି ନୀତି କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ଆଗରେ ରହିଛି ଏବଂ ଏକ ଐତିହାସିକ ପଦକ୍ଷେପ ନେବା ପାଇଁ ସମସ୍ତ କ୍ଷେତ୍ର ପ୍ରସ୍ତୁତ ହୋଇଛି।

ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂସ୍କାର ଏବଂ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସକାଶେ ଏସଡିଜି ଓ ୟୁଏଚସି ମିଳିତ ଭାବେ ପଦକ୍ଷେପ ନେଇଥାନ୍ତି। ଏହା ନିଶ୍ଚିତ ଯେ, ୨୦୩୦ରେ ଏସଡିଜିର ସଫଳତାସମୂହର ଅବଲୋକନ ପାଇଁ ବିଶ୍ୱନେତୃମଣ୍ଡଳୀ ପୁନର୍ବାର ଏକତ୍ରିତ ହେବା ବେଳେ ଏସଡିଜି ସମୟକାଳରେ ୟୁଏଚସି ଏକ ଉଜ୍ଜ୍ୱଳ ନକ୍ଷତ୍ର ଭାବେ ଉଭା ହେବ।

୨୦୩୦ ସୁଦ୍ଧା ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁହାର ପ୍ରତି ଏକ ଲକ୍ଷ ଜନ୍ମରେ ୭୦ରୁ କମ କରିବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଥିବାବେଳେ ୫ବର୍ଷରୁ କମ ବୟସର ନବଜାତଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ପ୍ରତି ୧୦୦୦ ଜୀବନ୍ତ ଜନ୍ମରେ ୧୨କୁ ହ୍ରାସ କରିବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଛି। ୨୦୩୦ ସୁଦ୍ଧା ଯେପରି ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ଏଡସ, ଯକ୍ଷ୍ମା, ମ୍ୟାଲେରିଆ, ଜଳଜାତ ରୋଗ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ନିର୍ମୂଳହେବ ସେଥିପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଧାର୍ଯ୍ୟ କରାଯାଇଛି। ସେହିପରି ୨୦୩୦ ସୁଦ୍ଧା ଯୌନ ଓ ପ୍ରଜନନଜନୀତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା, ପରିବାର ନିୟୋଜନ, ସୂଚନା ଓ ଶିକ୍ଷା, ପ୍ରଜନନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟକୁ ଜାତୀୟ କୌଶଳ ଓ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରିବା ଆଦି କାର୍ଯ୍ୟ

୨୦୩୦ ସୁଦ୍ଧା ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ମାତୃ ମୃତ୍ୟୁହାର ପ୍ରତି ଏକ ଲକ୍ଷ ଜନ୍ମରେ ୭୦ରୁ କମ କରିବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଥିବାବେଳେ ୫ବର୍ଷରୁ କମ ବୟସର ନବଜାତଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ପ୍ରତି ୧୦୦୦ ଜୀବନ୍ତ ଜନ୍ମରେ ୧୨କୁ ହ୍ରାସ କରିବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଛି। ୨୦୩୦ ସୁଦ୍ଧା ଯେପରି ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ଏଡସ, ଯକ୍ଷ୍ମା, ମ୍ୟାଲେରିଆ, ଜଳଜାତ ରୋଗ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ସଂକ୍ରମିତ ରୋଗ ନିର୍ମୂଳହେବ ସେଥିପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଧାର୍ଯ୍ୟ କରାଯାଇଛି।

ସମ୍ପନ୍ନ କରାଯିବ। ନିଶାଦ୍ରବ୍ୟ ସେବନ, ଆଲକୋହଲ ସମେତ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦ୍ରବ୍ୟର ବ୍ୟବହାର ବନ୍ଦ କରିବା ସହ ଏହାର ଚିକିତ୍ସାକୁ ନିଶ୍ଚିତ କରାଯାଇଛି। ୨୦୨୦ ସୁଦ୍ଧା ବିଶ୍ୱରେ ସଡ଼କ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରୁଥିବା ଲୋକଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ଅଧା କରିବା ପାଇଁ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ରହିଥିବାବେଳେ ବିଷାକ୍ତ ରାସାୟନିକ ପଦାର୍ଥ, ପ୍ରଦୂଷଣ ଓ ସଂକ୍ରମଣଜନିତ ମୃତ୍ୟୁସଂଖ୍ୟା କମାଇବା ପାଇଁ ଦୃଷ୍ଟି ରହିଛି। ସମସ୍ତ ଦେଶରେ ତମାଖୁ ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ନେଇ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନ ଫ୍ରେମୱର୍କ କନଭେନସନକୁ ଶକ୍ତିଶାଳୀ କରିବା ସହ ଏହାକୁ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯିବ। ସଂକ୍ରମିତ ଓ ଅଣସଂକ୍ରମିତ ରୋଗଗୁଡ଼ିକୁ ନିର୍ମୂଳ କରିବା ସହ ଏହାର ନିୟନ୍ତ୍ରଣ ଲାଗି ଟିକା ଓ ଔଷଧ ବାହାର କରିବା ସକାଶେ ଗବେଷଣାକୁ ତ୍ୱରାନ୍ୱିତ କରାଯିବ। ବିଭିନ୍ନ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଶ୍ରମଶକ୍ତି ବୃଦ୍ଧି, ପ୍ରଶିକ୍ଷଣ, ଚୟନ ଆଦି ଦିଗରେ ପଦକ୍ଷେପ ନିଆଯିବ। ଆଗୁଆ ସତର୍କତା ସୂଚନା ଜାରି କରିବା, ବିପଦ ପ୍ରଶମନ କରିବା, ଜାତୀୟ ଓ ବିଶ୍ୱସ୍ତରରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ବିପଦ ହ୍ରାସ କରିବା ଏବଂ ପରିଚାଳନା କରିବା ପାଇଁ ଦୃଷ୍ଟି ଦିଆଯାଉଛି।

ଅନ୍ୟ ପ୍ରମୁଖ ଆଭିମୁଖ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ମଧ୍ୟରେ ରହିଛି ଦାରିଦ୍ର୍ୟ ଦୂରୀକରଣ, ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ସାମାଜିକ ସୁରକ୍ଷା ଯୋଜନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବା, କ୍ଷୁଧା ଅନ୍ତ କରିବା ସହ ଖାଦ୍ୟ ସୁରକ୍ଷା ରକ୍ଷା କରିବା, ପୁଷ୍ଟିକର ଖାଦ୍ୟ ପରିବେଷଣ, ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଦୂର, ଶିଶୁମାନଙ୍କ ଖର୍ବକାୟ ବିକାଶର ଅବରୋଧ କରିବା, ଅର୍ନ୍ତଭୁକ୍ତିମୂଳକ ସମାନୁପାତିକ ଶିକ୍ଷା ପ୍ରଚଳନ, ପ୍ରାଥମିକ ଶିକ୍ଷା, ଶିଶୁମାନଙ୍କ ଉପଯୁକ୍ତ ଯତ୍ନ, ଲିଙ୍ଗଗତ ସମାନତା , ସମସ୍ତ ମହିଳାଙ୍କୁ ସଶକ୍ତ କରିବା, ମହିଳା ଓ ବାଳିକାମାନଙ୍କ ହେଉଥିବା ସବୁପ୍ରକାର ହିଂସା ବନ୍ଦ କରିବା, ଜଳ ଓ ପରିମଳର ଉପଯୁକ୍ତ ପରିଚାଳନା, ସମସ୍ତଙ୍କ ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ଜଳ ଯୋଗାଇବା, ସୁହାଇବା ମୂଲ୍ୟରେ ସ୍ୱଚ୍ଛ ଶକ୍ତି, ଉନ୍ନତ କାମ ଓ ବିକାଶ, ଅସମାନତା ଦୂର, ସହନଶୀଳ ସହର ଓ ଗୋଷ୍ଠୀ ଗଠନ କରିବା, ସହନଶୀଳ ବିକାଶ ପାଇଁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତିମୂଳକ ସମାଜ ଗଠନ, ସବୁପ୍ରକାର ହିଂସା ଓ ତଦଜନିତ ମୃତ୍ୟୁ ରୋକିବା, ସାମର୍ଥ୍ୟର ବିକାଶ ଉପରେ ମଧ୍ୟ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଛି।

ନୂଆଦିଲ୍ଲୀ ସ୍ଥିତ ବିଶ୍ୱ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସଂଗଠନର ସାର୍ବଜନୀନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଜାତୀୟ ପ୍ରଫେସନାଲ ଅଫିସର ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟରତ

Unfiled Notes Page 37

ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ହ୍ରାସ ଓ ମହିଳାଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ଭୂମିକା

■ ମୀରା ମିଶ୍ର

ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସ୍ତର ହ୍ରାସ କରିବା ଏବଂ ଅର୍ଥନୈତିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧି ଘଟାଇବା ପାଇଁ ଭାରତ ଅଙ୍ଗୀକାରବଦ୍ଧତା ପ୍ରକାଶ କରିଥିଲେ ମଧ୍ୟ ସମସ୍ତ ପ୍ରମୁଖ ପୁଷ୍ଟିସୂଚକଗୁଡ଼ିକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ପଛରେ ପଡ଼ିଛି। ଶିଶୁମାନଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ କରାଯାଇଥିବା ସର୍ଭେରୁ ଜଣାଯାଇଛି ଯେ, ୫ବର୍ଷରୁ କମ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ୩୮.୭ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁଙ୍କ ବୃଦ୍ଧି ଘଟୁନଥିବାବେଳେ ୧୯.୮ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁ ବିଭିନ୍ନ ଶାରିରୀକ ଓ ମାନସିକ ଭିନ୍ନକ୍ଷମତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି ଏବଂ ୪୨.୫ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁଙ୍କ ଓଜନ ଆବଶ୍ୟକତାଠାରୁ କମ ହୋଇଥାଏ।

ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଜାତିସଂଘ ଷ୍ଟାଣ୍ଡିଂ କମିଟିର ରିପୋର୍ଟ ଅନୁଯାୟୀ ରୋଗ ଓ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ମଧ୍ୟରେ ଗଭୀର ସମ୍ପର୍କ ରହିଛି ଏବଂ ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ବିଭିନ୍ନ ରୋଗ ପାଇଁ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସବୁଠାରୁ ବଡ଼ କାରଣ ଭାବେ ରହିଆସିଛି। କେତେକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦୁର୍ବଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବା ରୋଗ ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ଫଳାଫଳ ହୋଇଥିବାବେଳେ ଆଉ କେତେକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏହାର ଭୂମିକା ପ୍ରାଥମିକ ହୋଇଥାଏ।

ବାଲ୍ୟାବସ୍ଥାରେ ପୁଷ୍ଟିର ଭୂମିକା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ଏହି ଅବସ୍ଥାରେ ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ଫଳ ସ୍ୱରୂପ ଶାରୀରିକ ଓ ମାନସିକ ବିକାଶ ଗୁରୁତର ବାଧାପ୍ରାପ୍ତ ହୋଇଥାଏ। ଆକଳନରୁ ଜଣାଯାଇଛି ଯେ, ବିଭିନ୍ନ ବିକାଶଶୀଳ ରାଷ୍ଟ୍ରରେ ବୃଦ୍ଧିହୀନତା ବହୁଳ ଭାବେ ଦେଖାଯାଇଥାଏ। ୧୪୭ ନିୟୁତ ପ୍ରାକସ୍କୁଲ ପିଲାମାନଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏହା ପରିଲକ୍ଷିତ ହୋଇଥାଏ। ବିଶ୍ୱବ୍ୟାପୀ ୪୫ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁମୃତ୍ୟୁ ପାଇଁ ଅପପୁଷ୍ଟି ଦାୟୀ ହୋଇଥାଏ। ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଯୋଗୁ ବିଭିନ୍ନ ରୋଗ କାରଣରୁ ହେଉ ବା ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ପ୍ରଭାବରୁ ହେଉ- ଏହି ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ। ହୃଷ୍ଟପୁଷ୍ଟ ପିଲାଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁ ତୁଳନାରେ କମ ଓଜନର ପିଲାଙ୍କ ମୃତ୍ୟୁର ସମ୍ଭାବନା ଏହି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଦୁଇଗୁଣ ହୋଇଥାଏ। ଯେତେପ୍ରକାର ଅଣୁପୁଷ୍ଟି ରହିଛି ସେଥିରୁ ଭିଟାମିନ- 'କ'ର ଅଭାବ ପ୍ରତିରୋଧକ ଶକ୍ତି ନଷ୍ଟର କାରଣ ହୋଇଥାଏ ଏବଂ ଏହି କାରଣରୁ ବାର୍ଷିକ ୧୦ ଲକ୍ଷ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଥାନ୍ତି। ଲୌହସାରର ଅଭାବ କାରଣରୁ ପ୍ରତିବର୍ଷ ବିଶ୍ୱରେ ୬୦ହଜାର ଗର୍ଭବତୀ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରିଥାନ୍ତି। ସେହିପରି ପୁଷ୍ଟିହୀନତା କାରଣରୁ ବର୍ଷରେ ୨ଲକ୍ଷ ୫୦ହଜାର ଗୁରୁତର ଜନ୍ମଗତ ସମସ୍ୟା ପରିଲକ୍ଷିତ ହୋଇଥାଏ। ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ଆୟୋଡ଼ିନର ଅଭାବ କାରଣରୁ ବାର୍ଷିକ ୧୮ ନିୟୁତ ଶିଶୁ ମାନସିକ ଅନଗ୍ରସରତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି ଏବଂ ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ସ୍କୁଲ

ଯାଉଥିବା ଛାତ୍ରଛାତ୍ରୀଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ ବୌଦ୍ଧିକ ପରିମାପକ ବା ଆଇକ୍ୟୁ ୦-୧୫ ରହିଥାଏ।

ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ମା' ପାଇଁ ଲୌହର ଭୂମିକା ଅତୀବ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥାଏ। ଏହାର ଅଭାବ କାରଣରୁ ମା'ର ଶରୀର ଦୁର୍ବଳ ହୋଇପଡ଼େ, ଗର୍ଭାଶୟରେ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟିକରେ ଏବଂ ଉଭୟ ମା' ଓ ଗର୍ଭସ୍ଥ ଶିଶୁର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ଗଭୀର କୁପ୍ରଭାବ ପକାଏ। ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ପ୍ରଭାବ ଏପରିକି ଅର୍ଥନୀତି ଉପରେ ପକାଇଥାଏ। ପୁଷ୍ଟିହୀନତା କାରଣରୁ ବୌଦ୍ଧିକତାର ଅଭାବ ଓ ଦୁର୍ବଳ ଯୁବାବସ୍ଥା ଯୋଗୁ କେବଳ ଦକ୍ଷିଣ ଏସିଆରେ ଯେଉଁ ଆର୍ଥିକ କ୍ଷତି ଘଟିଥାଏ ତାହାର ଆର୍ଥିକ ପରିମାଣ ହେଲା ବାର୍ଷିକ ୫ ବିଲିୟନ ଆମେରିକୀୟ ଡଲାର!

୧୯୯୨ରେ ପ୍ରଥମେ ଅବଲୋକନ ହୋଇଥିଲା ଆନ୍ତଃପିଢ଼ିଜନିତ ବୃଦ୍ଧି ପ୍ରକ୍ରିୟା। ଏଥିରୁ ଜଣାପଡ଼ିଥିଲା ମା' ଜରିଆରେ କିପରି ପିଢ଼ି ପରେ ପିଢ଼ି ବୃଦ୍ଧିହୀନତା ଜାରିରହୁଛି ଏବଂ ମହିଳାଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ସୁରକ୍ଷା ଓ ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ଗୁରୁତ୍ୱ କିପରି ବୃଦ୍ଧି ହେଉଛି। ଠିକ୍‌ଭାବେ ଉତମ ଖାଦ୍ୟ ଖାଇନଥିବା ବାଳିକାମାନେ ପ୍ରାପ୍ତ ବୟସ୍କ ହେବା ବେଳେ ନାନା ପ୍ରକାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ବିଶେଷ କରି ସେମାନେ ଯେତେବେଳେ କମ ବୟସରେ ଗର୍ଭଧାରଣ କରନ୍ତି ସେତେବେଳେ ସେମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଏହା ଅସୀମ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟି କରିଥାଏ। ଅଭିବୃଦ୍ଧିହୀନ ଓ ରକ୍ତହୀନତାର ଶିକାର ହୋଇଥିବା ମା'ମାନେ ପ୍ରସବ ଓ ପ୍ରସବ ପରବର୍ତୀ ଅବସ୍ଥାରେ ବିଭିନ୍ନ ଗୁରୁତର ସମସ୍ୟାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ସେମାନେ କମ ଓଜନର ଶିଶୁ ଜନ୍ମ କରିବା ସହ ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିକଶିତ ହୋଇ ନଥିବା ଶିଶୁ ପ୍ରସବ କରିଥାନ୍ତି। କମ ସମୟ ବ୍ୟବଧାନରେ ଗର୍ଭଧାରଣ କରିବା ଏବଂ ବାରମ୍ବାର ଶିଶୁ ପ୍ରସବ କରିବା ସହ କଠିନ ପରିଶ୍ରମ କରିବା ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି ଉପଯୁକ୍ତ ଯତ୍ନ ନ ନେବା ଯୋଗୁ ଅନେକ ମହିଳା ଗଭୀର ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ଏହାର ପ୍ରଭାବ ଉଭୟ ସେମାନଙ୍କ ଉପରେ ଏବଂ ପରବର୍ତୀ ପିଢ଼ି ଉପରେ ପଡ଼ିଥାଏ।

ଦେଶରେ ସାଧାରଣ ବଂଟନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ପରି ଏକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯୋଜନାକୁ ଖାଦ୍ୟ ଓ ସାଧାରଣ ଯୋଗାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିଥିବାବେଳେ ଏହା ଯୋଗୁ ଅନେକ ପରିବାର ଉପକୃତ ହୋଇପାରୁଛନ୍ତି। ସେହିପରି ପରିବାରସ୍ତରୀୟ ଆୟ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ ଗ୍ରାମୀଣ ବିକାଶ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିଛି ଏମଜିଏନଆରଇଜିଏସ। ଏହାଦ୍ୱାରା ଲୋକମାନେ ବର୍ଷସାରା କାମ ପାଇବା ସହ ଖାଦ୍ୟ ନେଇ ସେମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ଅର୍ଥାଭାବ ଦୂର ହୋଇପାରୁଛି।

ଜଣେ ମହିଳାଙ୍କ ଗର୍ଭଧାରଣ ଏବଂ ତାଙ୍କ ସନ୍ତାନକୁ ଦୁଇ ବର୍ଷ ହେବା ଯାଏ ରହିଥିବା ୧୦୦୦ ଦିନ ହେଉଛି ଶିଶୁର ସମସ୍ତ ପ୍ରକାର ବିକାଶର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସମୟ। ଏହି ସମୟରେ ଶିଶୁ ସକାଶେ ଉପଯୁକ୍ତ ପୁଷ୍ଟିକର ଖାଦ୍ୟର ଘୋର ଆବଶ୍ୟକତା ଥାଏ ଯାହାକି ତା'ର ବୃଦ୍ଧି, ଶିକ୍ଷା, ମାନସିକ ଓ ଶାରୀରିକ ବିକାଶର କାରଣ ହୋଇଥାଏ। ଏହା ଯୋଗୁ କେବଳ ଶିଶୁର ବିକାଶ ହୋଇ ନଥାଏ, ରାଷ୍ଟ୍ର ମଧ୍ୟ ବହୁଳ ଭାବେ ଉପକୃତ ହୋଇଥାଏ। ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ଓ ଶିଶୁର ପ୍ରଥମ ବର୍ଷରେ ପୁଷ୍ଟିକର ଖାଦ୍ୟର ପ୍ରଭାବ ଯୋଗୁ ଶିଶୁର ମାନସିକ ଓ ଶାରୀରିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧି ଘଟିଥାଏ। ଏହା ସହ ଶିଶୁର ଏକ ଶକ୍ତିଶାଳୀ ପ୍ରତିରୋଧକ ଶକ୍ତି ସୃଷ୍ଟି ହୋଇଥାଏ। ବାସ୍ତବରେ ବୈଜ୍ଞାନିକ ପ୍ରମାଣରୁ ଜଣାଯାଇଛି ଯେ, ଜୀବନକାଳ ମଧ୍ୟରେ ଦେଖାଦେଉଥିବା ବିଭିନ୍ନ ଅନଗ୍ରସରତା, ଅବସାଦ ତଥା ବିଭିନ୍ନ ରୋଗର କାରଣ ଏହି ୧୦୦୦ ଦିନ ଭିତରେ ହିଁ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହୋଇଯାଇଥାଏ।

ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସ୍ତର ହ୍ରାସ କରିବା ଏବଂ ଅର୍ଥନୈତିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧି ଘଟାଇବା ପାଇଁ ଭାରତ ଅଙ୍ଗୀକାରବଦ୍ଧତା ପ୍ରକାଶ କରିଥିଲେ ମଧ୍ୟ ସମସ୍ତ ପ୍ରମୁଖ ପୁଷ୍ଟିସୂଚକଗୁଡ଼ିକ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଭାରତ ପଛରେ ପଡ଼ିଛି। ଶିଶୁମାନଙ୍କ କ୍ଷେତ୍ରରେ କରାଯାଇଥିବା ସର୍ଭେରୁ ଜଣାଯାଇଛି ଯେ, ୫ବର୍ଷରୁ କମ ବୟସର ଶିଶୁଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ୩୮.୭ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁଙ୍କ ବୃଦ୍ଧି ଘଟୁନଥିବାବେଳେ ୧୯.୮ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁ ବିଭିନ୍ନ ଶାରିରୀକ ଓ ମାନସିକ ଭିନ୍ନକ୍ଷମତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି ଏବଂ ୪୨.୫ ପ୍ରତିଶତ ଶିଶୁଙ୍କ ଓଜନ ଆବଶ୍ୟକତାଠାରୁ କମ ହୋଇଥାଏ। ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ଅଭାବ ଖର୍ବକାୟ ହେବାର ପରିମାପକ ହୋଇଥିବାବେଳେ ଅପପୁଷ୍ଟି ଯୋଗୁ କ୍ଷୀଣକାୟତା ପରିପ୍ରକାଶ ହୋଇଥାଏ। ଏହି ଦୁଇଟିଯାକ କାରଣରୁ ଓଜନହୀନତା ପରିଲକ୍ଷିତ ହୋଇଥାଏ। ୨୦୦୬ ଯାଏ ଏହି ସବୁର ହ୍ରାସ ହାର କମ ହେଉଥିଲା। ତେବେ ଏନଏଫଏଚଏସ-୩ ପରଠାରୁ ଖର୍ବକାୟତାର ହାରାହାରି ହାର ବାର୍ଷିକ ୨.୩ ପ୍ରତିଶତ ହ୍ରାସ ପାଇଥିଲା। ଅର୍ଥାତ ୨୦୦୬-୧୪ରେ ଏହି ହ୍ରାସ ହାର ବାର୍ଷିକ ୨.୩ ପ୍ରତିଶତ ଥିବାବେଳେ ୧୯୯୨-୨୦୦୬ରେ ଏହି ହାର ଥିଲା ବାର୍ଷିକ ୧.୨ ପ୍ରତିଶତ।

ଦେଶରୁ ଅପପୁଷ୍ଟି ସମସ୍ୟା ଦୂର କରିବା ଲାଗି ଅନେକ ପ୍ରଚେଷ୍ଟା କରାଯାଉଛି। ପୁଷ୍ଟି ସମସ୍ୟା ଦୂର କରିବା ପାଇଁ ସରକାର ବିଭିନ୍ନ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଓ ବିଭାଗ ଜରିଆରେ ଅନେକ ପ୍ରକାର ଯୋଜନା ଓ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହାତକୁ ନେଉଛନ୍ତି ଯାହାର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ଓ ପରୋକ୍ଷ ପ୍ରଭାବ ପୁଷ୍ଟିସାଧନ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପଡୁଛି। ବିଶେଷ କରି ମହିଳା ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟର ପ୍ରମୁଖ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆଇସିଡିଏସ ଜରିଆରେ ପୁଷ୍ଟି ସମସ୍ୟାର ସମାଧାନ କରାଯାଉଥିବାବେଳେ ଶିଶୁମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟର ବିକାଶ ସମ୍ଭବ ହୋଇପାରୁଛି। ସେହିପରି ଏହି ଯୋଜନା ଯୋଗୁ ମା'ମାନେ ମଧ୍ୟ ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରକାର ସେବା ପାଇବା ସହ ପୁଷ୍ଟିଗତ ସହାୟତା, ଟିକାକରଣ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପରୀକ୍ଷା, ରେଫରାଲ ସେବା ଆଦି ପାଇପାରୁଛନ୍ତି। ଏକ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଙ୍ଗନୱାଡ଼ି କେନ୍ଦ୍ରଗୁଡ଼ିକର ଭୂମିକା ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ହୋଇଥାଏ।

ଦେଶରେ ସାଧାରଣ ବଂଟନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ପରି ଏକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଯୋଜନାକୁ ଖାଦ୍ୟ ଓ ସାଧାରଣ ଯୋଗାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିଥିବାବେଳେ ଏହା ଯୋଗୁ ଅନେକ ପରିବାର ଉପକୃତ ହୋଇପାରୁଛନ୍ତି। ସେହିପରି ପରିବାରସ୍ତରୀୟ ଆୟ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ ଗ୍ରାମୀଣ ବିକାଶ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିଛି ଏମଜିଏନଆରଇଜିଏସ। ଏହାଦ୍ୱାରା ଲୋକମାନେ ବର୍ଷସାରା କାମ ପାଇବା ସହ ଖାଦ୍ୟ ନେଇ ସେମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ଅର୍ଥାଭାବ ଦୂର ହୋଇପାରୁଛି। ମାନବ ସମ୍ବଳ ବିକାଶ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଜରିଆରେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇଛି ମଧ୍ୟାହ୍ନ ଭୋଜନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଯାହାକି ବିଶ୍ୱର ସର୍ବବୃହତ ବିଦ୍ୟାଳୟ ଖାଦ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଭାବେ ପରିଗଣିତ ହୋଇଛି। ଆଦିବାସୀମାନଙ୍କ ବିଭିନ୍ନ ସମସ୍ୟା ଯଥା କ୍ଷୁଧା ଓ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଦୂର କରିବା ଲାଗି ଆଦିବାସୀ ବ୍ୟାପାର ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ମଧ୍ୟ ଅନେକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହାତକୁ ନେଇଛି। ଏହା ସହ ଜାତିସଂଘ ସମେତ ବିଭିନ୍ନ ଘରୋଇ କ୍ଷେତ୍ର, ନାଗରିକ ସଂଗଠନ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ବିକାଶମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟରେ ସାମିଲ ହେଉଥିବା ସଂଗଠନ ଜରିଆରେ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହାତକୁ ନିଆଯାଉଛି।

ଉତରାଖଣ୍ଡର ତିନିଟି ଜିଲ୍ଲାରେ ବିଭିନ୍ନ ମହିଳା ସଂଘ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଦୂର କରିବାରେ ପ୍ରମୁଖ ଭୂମିକା ଗ୍ରହଣ କରିଛନ୍ତି। ଆଇସିଡିଏସ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ 'ଘରକୁ ରାସନ ସାମଗ୍ରୀ ନେବା' ଯୋଜନାରେ ସେମାନେ ପାରମ୍ପରିକ ଗହମଜାତୀୟ ଓ ଡାଲିଜାତୀୟ ଖାଦ୍ୟ ଯୋଗାଇଆସୁଛନ୍ତି। ସେମାନେ ଏହାକୁ ସଂଗ୍ରହ କରିବା, ବାଛିବା ଓ ପ୍ୟାକେଜିଂ କରିବା କାର୍ଯ୍ୟରେ ନିୟୋଜିତ ଏବଂ ଏଥିପାଇଁ ସେମାନଙ୍କୁ ସଂଘ ପ୍ୟାକେଟ ପିଛା ୧ ଟଙ୍କା ଦେଇଥାଏ। ପ୍ରତିଦିନ ଜଣେ ମହିଳା ୪-୫ ଘଂଟା ଭିତରେ ୧୫୦-୨୦୦ ପ୍ୟାକେଟ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିଥାନ୍ତି। ଲାଭଂାଶ ପରିମାଣ ୧୦ ପ୍ରତିଶତରୁ ଅଧିକ ପାଇବା ସହ ଆଇସିଡିଏସ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ରୋକିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ପ୍ରମୁଖ ଭୂମିକା ନେଇଥାଏ। ସେହିପରି ସଂଘଗୁଡ଼ିକର ଆର୍ଥିକ ଅବସ୍ଥାରେ ଉନ୍ନତି ଆସିବା ସହ ସେଗୁଡ଼ିକ ତିଷ୍ଠି ରହିବାକୁ ସକ୍ଷମ ହୋଇଥାନ୍ତି। ଏହାସହ ବିଶୁଦ୍ଧ ଓ ପୁଷ୍ଟିକର ଖାଦ୍ୟ ଯୋଗାଇବାରେ ଆଇସିଡିଏସ ସଫଳ ହୋଇଥାଏ। ପୂର୍ବରୁ ପ୍ରତି କିଲୋଗ୍ରାମ ମଣ୍ଡୁଆ ପାଇଁ କୃଷକଙ୍କୁ ୫ରୁ ୮ ଟଙ୍କା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଥିବାବେଳେ ସମ୍ପ୍ରତି ୧୦ରୁ ୧୫ ଟଙ୍କା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଉଛି। ଫଳରେ ପାରମ୍ପରିକ ଚାଷ କରିବା ପାଇଁ କୃଷକମାନେ ଆଗ୍ରହୀ ହେବା ସହିତ ମଣ୍ଡୁଆ ସମେତ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଡାଲି ଓ ଗହମଜାତୀୟ ଖାଦ୍ୟର ଚାହିଦା ମଧ୍ୟ ବୃଦ୍ଧି ପାଉଛି।

ଶେଷୋକ୍ତ ଭାବେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟ ଯୋଗୁ ସଂଘର ସଦସ୍ୟମାନେ ନିୟୋଜିତ ହୋଇପାରିଛନ୍ତି। ୨୦୧୪-୧୫ରେ ଆଇସିଡିଏସ ସହ ମହିଳା ସଂଘର ବୁଝାମଣାଚୁକ୍ତି ସ୍ୱାକ୍ଷରିତ ହୋଇଥିଲା ଏବଂ ୨୫.୩୦ ନିୟୁତ ଟଙ୍କାର ବ୍ୟବସାୟ ହୋଇଥିଲା। ଏଥିରେ ଲାଭ ପରିମାଣ ଥିଲା ୨.୩ ଲକ୍ଷ ଟଙ୍କା। ଏପ୍ରିଲ ୨୦୧୪ରୁ ଡିସେମ୍ବର ୨୦୧୪ ମଧ୍ୟରେ ଏହି ସଂଘ ଜରିଆରେ ୭୫୦୦ ଗର୍ଭବତୀ, ପ୍ରସୂତି ଓ

୨୨୪୩୦ ଶିଶୁ ଉପକୃତ ହୋଇଥିଲେ। ଏହି ଯୋଜନା ଉତ୍ତରାଖଣ୍ଡ ସରକାରଙ୍କ ସମନ୍ୱିତ ଜୀବିକା ସହାୟକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ମାଧ୍ୟମରେ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହେଉଛି।

ନିକଟରେ ପ୍ରକାଶିତ ଭାରତର ପୁଷ୍ଟି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ରିପୋର୍ଟରେ ୬ଟି ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ବାର୍ତ୍ତା ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି। ସେଗୁଡ଼ିକ ହେଲା:

ଭାରତରେ ଖର୍ବକାୟତା, କ୍ଷୀଣତା, ଓଜନକମ ସମସ୍ୟାର ହାର ବିଶେଷ କରି ଗତ ଦଶନ୍ଧିରେ ହ୍ରାସ ପାଇଛି। ତେବେ ସମାନ ଆୟ ହାର ଥିବା ରାଷ୍ଟ୍ର ତୁଳନାରେ ଏହି ହାର ଅଧିକ ରହିଛି। ଗତ କିଛି ଦଶନ୍ଧି ମଧ୍ୟରେ ଦେଶରେ ଅର୍ଥନୈତିକ ପ୍ରଗତି ଓ କୃଷି ଉତ୍ପାଦନ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଥିବା ସତ୍ତ୍ୱେ ପୁଷ୍ଟି ସମସ୍ୟାର ସମାଧାନ ହୋଇପାରିନାହିଁ। ଅର୍ଥନୈତିକ ପ୍ରଗତି ସହ ତାଳମିଳାଇ ଖର୍ବକାୟତାର ହାର ହ୍ରାସ ହେବା କଥା। ମାତ୍ର ତାହା ହୋଇପାରିନାହିଁ। ଭାରତୀୟ ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକରେ ପୁଷ୍ଟି କ୍ଷେତ୍ରରେ ଉନ୍ନତି ଏବଂ ଖର୍ବକାୟତା ହାର କ୍ଷେତ୍ରରେ ହ୍ରାସରୁ ସୂଚୀତ ହେଉଛି ଯେ, ଖର୍ବକାୟତାର ସଫଳ ମୁକାବିଲା ନିମନ୍ତେ ରାଜ୍ୟଗୁଡ଼ିକ ପକ୍ଷରୁ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଭୂମିକା ନିର୍ବାହ କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି।

ଖର୍ବକାୟତା ବୃଦ୍ଧି ଏବଂ ପ୍ରଗତିରେ ବିଭିନ୍ନତା ମୂଳରେ ରହିଥିବା କାରଣ ଜଟିଳ ଏବଂ ପରସ୍ପର ସହ ସମ୍ପର୍କିତ। ସହାୟକ ଖାଦ୍ୟ, ମହିଳାଙ୍କ ଅବସ୍ଥା ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ପରିମଳ ଓ ସାମାଜିକ ତଥା ଜାତିଗତ ଅସମାନତା ନେଇ ପ୍ରମୁଖ ଆହ୍ୱାନମାନ ରହିଛି।

ଭବିଷ୍ୟତର ପିଢ଼ି ସକାଶେ ଭାରତକୁ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସମସ୍ୟା ଓ ଶିଶୁର ବିକାଶ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏହାର ପ୍ରଭାବଜନିତ ସମସ୍ୟାକୁ ଦୂର କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଭାରତରେ ଶିଶୁର ବିକାଶ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସମସ୍ୟା ଏକ ପ୍ରମୁଖ ବିପଦ। ଭାରତରେ ଶିଶୁମାନଙ୍କ ଭବିଷ୍ୟତର ସକାଶେ ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ ପଦକ୍ଷେପ ରାଜ୍ୟସ୍ତରରେ ନେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି।

ଭବିଷ୍ୟତର ପିଢ଼ି ସକାଶେ ଭାରତକୁ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସମସ୍ୟା ଓ ଶିଶୁର ବିକାଶ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଏହାର ପ୍ରଭାବଜନିତ ସମସ୍ୟାକୁ ଦୂର କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଭାରତରେ ଶିଶୁର ବିକାଶ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ସମସ୍ୟା ଏକ ପ୍ରମୁଖ ବିପଦ। ଭାରତରେ ଶିଶୁମାନଙ୍କ ଭବିଷ୍ୟତର ସକାଶେ ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ ପଦକ୍ଷେପ ରାଜ୍ୟସ୍ତରରେ ନେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି।

କମ ଉଚ୍ଚତାବିଶିଷ୍ଟ ମା, କମ ଓଜନର ଶିଶୁ ଏବଂ ରକ୍ତହୀନତା ଭାରତରେ ଏକ ପ୍ରମୁଖ ସମସ୍ୟା ଭାବେ ପରିଗଣିତ ହୋଇଥାଏ। କମ ଓଜନର ଶିଶୁ ଜନ୍ମ ହେବା ସହ ମା'ମାନେ ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ଶିକାର ହେବା ଦେଶରେ ସାଧାରଣ ଭାବେ ଦେଖାଯାଇଥାଏ। ଗତ ଦଶନ୍ଧିରେ ଦେଖାଯାଇଛି ଯେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଯୋଗୁ ମାଆମାନଙ୍କ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟରେ ଉନ୍ନତି ଘଟୁଛି ଏବଂ ଶିଶୁ ମୃତ୍ୟୁ ହାର ହ୍ରାସ ପାଉଛି। ମାଆମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରେ ପୁଷ୍ଟିହୀନତା ଦୂର କରିବା ସହ ବିଶେଷ କରି ଗର୍ଭାବସ୍ଥାରେ ଓଜନ ବୃଦ୍ଧି କରିବା ଦିଗରେ ଦୃଷ୍ଟି ଦେବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ମହିଳାଙ୍କ ସାରା ଜୀବନରେ ଯେପରି ପୁଷ୍ଟିର ଅଭାବ ପରିଲକ୍ଷିତ ହେବ ନାହିଁ ସେଥିପ୍ରତି ପଦକ୍ଷେପ ନିଆଯିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ମହିଳା ପୁଷ୍ଟିହୀନତାର ପ୍ରକୃତି ଓ ଏହାର ପ୍ରଭାବ ସମ୍ପର୍କରେ ଗୋଷ୍ଠୀ ଓ ସରକାରଙ୍କୁ ସଚେତନ କରାଇବା ଲାଗି ମହିଳାମାନଙ୍କ ପୁଷ୍ଟିଗତ ଅବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କରେ ବିଭିନ୍ନ ତଥ୍ୟର ଭୂମିକା ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଥାଏ। ତେବେ ଏହି ତଥ୍ୟାବଳୀଗୁଡ଼ିକୁ ସମୟ ସମୟରେ ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବା ସହ ସମୀକ୍ଷା କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ମାତୃତ୍ୱ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପୁଷ୍ଟି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଉନ୍ନତ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମହିଳାଙ୍କ ଉଭୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ସାମଗ୍ରିକ ଉପକାରିତା ପାଇଁ ସହାୟକ ହୋଇଥାଏ। ଏହାଯୋଗୁ ସେମାନଙ୍କ ସନ୍ତାନ ଓ ଦେଶ ପାଇଁ କଲ୍ୟାଣ ସାଧିତ ହୋଇଥାଏ। ପ୍ରତିବର୍ଷ ଭାରତରେ ୨୬ ନିୟୁତ ଶିଶୁ ଜନ୍ମଲାଭ କରିଥାନ୍ତି ଏବଂ ସେମାନଙ୍କ ଉନ୍ନତ ଜୀବନ ସକାଶେ ଉନ୍ନତ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି।

ମିଳିତ ଜାତିସଂଘର ଆନ୍ତର୍ଜାତୀକ କୃଷିବିକାଶ ପାଣ୍ଠିର ଭାରତ ପାଇଁ ସଂଯୋଜିକା

Unfiled Notes Page 41

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ଆବଶ୍ୟକତା

■ ଡ. ସଞ୍ଜୀବ କୁମାର

> ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବିଷୟକ ଅଭିନବ ପରିକଳ୍ପନା ଓ ବିଚାର ବହନ କରୁଥିବା ଉପକରଣ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟରେ ବ୍ୟାପକ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଲୋଡ଼ା । ଯୋଗାଯୋଗ ବିଷୟକ ଉପକରଣ ଓ ପରିକଳ୍ପନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ବା ସରକାରୀ ସାମର୍ଥ୍ୟର ଅଭାବ ରହିଛି । ଏଥିପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ ସ୍ଲୋଗାନ, ବାର୍ତ୍ତା, ଡିଜାଇନ୍, ଲେ ଆଉଟ ଏବଂ ବ୍ରାଣ୍ଡିଂ ଆଦି ଏକ ପ୍ରମୁଖ ସମସ୍ୟା ହୋଇଥିବାରୁ ଏହାକୁ ଆଉଟସୋର୍ସିଂ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ (ଅନ୍ୟ ସଂସ୍ଥା ଜରିଆରେ) ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବା ଉଚିତ୍ ।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଏହାର ସ୍ଥିତି ଓ ପ୍ରଦର୍ଶନ ବୃଦ୍ଧି ପାଇଁ ସାମାଜିକ ଓ ବ୍ୟବହାର ପରିବର୍ତ୍ତନ ନିମନ୍ତେ ଯୋଗାଯୋଗ (ସଂଚାର)କୁ ଏକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଶଳ ଭାବେ ବହୁଦିନରୁ ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଛି । ସଂଚାରର ଶକ୍ତି ଓ ଦକ୍ଷତାକୁ କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଓ ଏହାର ବିଭାଗସବୁ ବିଭିନ୍ନ ଯୋଜନା ଓ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଆଦିକାଳରୁ ଭଲଭାବେ ବୁଝିପାରିଛି । ପୋଲିଓ, ବସନ୍ତ ଆଦି ବିଭିନ୍ନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଇତିମଧ୍ୟରେ ଭାରତ ବେଶ୍ କିଛି ହାସଲ କରିଥିଲେ ହେଁ ଏବେ ମଧ୍ୟ ଦେଶର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସ୍ଥିତି ଓ ସୂଚକରେ ଅନେକ ଆହ୍ୱାନ ପରିଲକ୍ଷିତ ହୁଏ । ସାଂପ୍ରତିକ ସ୍ଥିତି ପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ କାରଣ ଦାୟୀ ଯାହା ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱ ସହ ସମ୍ପୃକ୍ତ । ସେଥିମଧ୍ୟରେ ଆବଶ୍ୟକ ମୌଳିକ ସୁବିଧା ସୁଯୋଗ ଓ ମାନବ ସମ୍ବଳର ଅଭାବ, ଆବଶ୍ୟକ ଅର୍ଥ ଯୋଗାଣରେ ବିଭିନ୍ନ ସମସ୍ୟା ଓ ତାହାର ବିନିଯୋଗରେ ତ୍ରୁଟିବିଚ୍ୟୁତି, ସେବାର ମାନ, ପ୍ରବେଶ ଓ ପହଂଚ, ପରିଚାଳନା ଓ ରୂପାୟନଗତ ଆହ୍ୱାନ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ରାଜ୍ୟ ତାଲିକାଭୁକ୍ତ ବିଷୟ ହୋଇ ରହିବା ଆଦି ଅନ୍ୟତମ ।

ଚାହିଦା ପାର୍ଶ୍ୱର ଆହ୍ୱାନ ମଧ୍ୟ ଅନେକ । ସେଗୁଡିକ ମଧ୍ୟରେ ରହିଛି ଏକ ବିରାଟ ବିବିଧ ଜନସଂଖ୍ୟା, ପରମ୍ପରା ଓ ରୀତିନୀତି, ପୁରୁଣାକାଳିଆ ବିଶ୍ୱାସ ଓ ଭ୍ରାନ୍ତି, ଧାରଣା, ଅଭ୍ୟାସ ଓ ପ୍ରବୃତି, ମୂଲ୍ୟବୋଧ ତଥା ନୀତି ଏବଂ ସର୍ବୋପରି ସୂଚନା, ଜ୍ଞାନ ଏବଂ ସଚେତନତାର ଅଭାବ । ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ (ଏସ୍‌ଡିଜିଏସ୍) ଧାର୍ଯ୍ୟ ହେବା ପରେ କେନ୍ଦ୍ର ସରକାର ଏକ ନୂଆ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟନୀତି ପ୍ରଣୟନ କରିବାକୁ ବିଚାର କରୁଛନ୍ତି । ଏହି ପରିପ୍ରେକ୍ଷୀରେ ନୂଆନୀତି ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟଗତ ତଥ୍ୟ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ବର୍ଗଙ୍କ ପାଖରେ ପହଂଚାଇବା ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବା ସଂଚାର ପ୍ରୟାସର ଉପଯୋଗ ଅପରିହାର୍ଯ୍ୟ । ଏହାଦ୍ୱାରା ଜନତାଙ୍କ

ମଧ୍ୟରେ ସଚେତନତାର ବାର୍ତ୍ତା ପହଂଚାଇବା ସହ ସେମାନଙ୍କ ବ୍ୟବହାରରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଏବଂ ଯୋଜନାର ଯୋଗାଣ ଓ ଚାହିଦା ଦିଗରେ ଥିବା ସମସ୍ୟାବଳୀର ସମାଧାନ ପାଇଁ ଉପାୟ ବାହାରିପାରିବ । ଏହା ଦ୍ୱାରା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଭବିଷ୍ୟତ ରୂପରେଖ ତଥା ରୂପାୟନ ପାଇଁ ପଥ ନିର୍ଦ୍ଧାରିତ ହେବା ସହ ଏହା ସହଜରେ ଶୀଘ୍ର କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ ହୋଇପାରିବ ।

ବିଗତ ଶତାବ୍ଦୀର ପଂଚମ ଦଶକ ଆରମ୍ଭରୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗକୁ ମୁଖ୍ୟତଃ ସଚେତନତା ସୃଷ୍ଟିର ଏକ ମାଧ୍ୟମ ରୂପେ ପ୍ରଥମେ ବ୍ୟବହାର କରାଯାଇଥିଲା । ସେତେବେଳେ ଯୋଜନା ସମ୍ପର୍କରେ ଲୋକଙ୍କ ଜ୍ଞାନ ବୃଦ୍ଧି, ସୂଚନା ଓ ଶିକ୍ଷା ଆଦି ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଉଥିଲା । ଏହା ବାହାରେ ଯେ ଆହୁରି କିଛି କଥା ରହିଯାଇଥିଲା ସେତେବେଳେ ତାହା କେହି ଜାଣି ପାରିନଥିଲେ । ଅନେକ ସମୟରେ କେବଳ ଜାଣିବାରେ କଥା ସୀମିତ ରହିଥାଏ ଏବଂ ତାହାକୁ କାର୍ଯ୍ୟରେ ପରିଣତ କରାଯାଏ ନାହିଁ । କିଛି ଜାଣି ତାହାକୁ କାମରେ ଲଗାଇବା ହିଁ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ଏହି ସ୍ୱଭାବ ପରିବର୍ତ୍ତନରେ ସହାୟକ ହୋଇପାରିବ । ଏହି ଲେଖକର ବିଶ୍ୱାସ ଯେ ଯଦିଓ ଏବେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗର ଗୁରୁତ୍ୱ ଉପଲବ୍ଧି କରାଯାଇଛି ତଥାପି ଭାରତୀୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ପରିପ୍ରେକ୍ଷୀରେ ଏହାକୁ ଏଯାଏ ଠିକଣା ଭାବେ ବୁଝି ହୋଇନାହିଁ । ଏହା ଫଳରେ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅସଂଗତି ଦେଖାଦେଇଛି । ବିକଶିତ କିମ୍ବା ଧନୀ ପାଶ୍ଚାତ୍ୟ ଦେଶରୁ ଆସୁଥିବା ପରିବର୍ତ୍ତନର ବିଚାର, ପଦ୍ଧତି ଓ ଢ଼ାଂଚାକୁ ଆମେ ଆମ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ପ୍ରୟୋଗ କରି ଦେଉଥିବାବେଳେ ତାହା ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟବର୍ଗଙ୍କ ପାଖରେ ପହଂଚିବାରେ ସମସ୍ୟା ଦେଖାଦେଉଛି ।

ବ୍ୟକ୍ତିବାଦ ଓ ସାମାଜିକବାଦ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ମୌଳିକ ପାର୍ଥକ୍ୟ ପୂର୍ବ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଜନାକୁ ବିଶେଷ ପ୍ରଭାବିତ କରିନଥିଲା । କାରଣ ଏଥିରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଶିକ୍ଷା ଓ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଗୁରୁତ୍ୱ ପାଇଥିଲା । ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱ ଏକଥା ଜାଣିଥିଲା, କିନ୍ତୁ ଲୋକେ ଜାଣି ନଥିଲେ । ଅତଏବ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଯୋଗାଯୋଗ ବା ବାର୍ତ୍ତା ଏକ ପାଖିଆ ହୋଇ ବ୍ୟବସ୍ଥାରୁ ଲୋକଙ୍କ ପାଖକୁ ଯାଉଥିଲା । ସରଳ ବିଶ୍ୱାସ ଥିଲା ଯେ ଲୋକେ ଜାଣିଯିବେ ଓ ଏହା ତାଙ୍କ କାମ । କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସୁବିଧାସୁଯୋଗ, ଲାଭ, ଯୁକ୍ତି, ଯଥାର୍ଥତାକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ସେମାନେ ନିଜର ଅଭ୍ୟାସ, ବ୍ୟବହାର ବା ମନୋଭାବ ବଦଳାଇବେ । ପ୍ରଥମଥର ଏ କାର୍ଯ୍ୟ କରାଯିବାବେଳେ ବିଚାର ଥିଲା ଯେ ଉଦ୍ୟମକୁ ବଦନାମ ନ'କରିବା । ଅତଏବ ଜନତା ଅତ୍ୟନ୍ତ ଆଗ୍ରହ ଓ ନିଷ୍ଠାର ସହ ଏହାକୁ ଗ୍ରହଣ କରୁଥିଲେ ।

ଏହା ପରେ ଆସିଲା ସୂଚନା ଶିକ୍ଷା ଓ ଯୋଗାଯୋଗ (ଆଇଇସି) । ଏହାର କାର୍ଯ୍ୟ ପରିସର ସାମାନ୍ୟ ସଂପ୍ରସାରିତ ହୋଇଥିଲେ ହେଁ ଏହା ମୁଖ୍ୟତଃ ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱରୁ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନକୁ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେଲା । ବୋଧହୁଏ ଧରି ନିଆଗଲା ଯେ ଲୋକେ ନିଜେ ଅନ୍ୟର ଉଦାହରଣରୁ ଦେଖି ଶିଖିବେ । ତେବେ ଏହି ଯୋଗାଯୋଗ କୌଶଳ ବିଶେଷ ସଫଳତା ହାସଲ କରିପାରିଲା ନାହିଁ । ପରିବାର ନିୟୋଜନ, ପୁଷ୍ଟିସାଧନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଭଳି କେତେକ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଏହାର ସଫଳତା ସୀମିତ ରହିଲା । ଏହା ପରେ ଢ଼ାଂଚା ବଦଳି ପ୍ରସ୍ତୁତ ହେଲା ଅଭ୍ୟାସ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଯୋଗାଯୋଗ ବା (ବିସିସି) । ଏହି ପ୍ରୟାସରେ ବିଭିନ୍ନ ସୁବିଧା ଓ ସଫଳତା ମିଳିଥିଲେ ହେଁ ଏଥିରେ କେତେକ ସମସ୍ୟା ଉପୁଜିଲା । ସେଥିମଧ୍ୟରୁ କିଛି ଲୋକଙ୍କ ବ୍ୟବହାର ଓ ମନୋଭାବ ପରିବର୍ତ୍ତନ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ କିଛି କ୍ଷେତ୍ରରେ ସୀମିତ ରହିଲା । ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ପରିବେଶ, ପରିସ୍ଥିତି ଓ ପ୍ରମାଣକୁ ଲୋକେ ପରଖିବାକୁ ଲାଗିଲେ ।

ଏହା ପରେ ଏହି ପ୍ରୟାସକୁ ପରେ ଆହୁରି ସଂପ୍ରସାରିତ କରାଯାଇ ଏଥିରେ ଅନ୍ତର୍ନିହିତ ବାସ୍ତବତା ଓ ସାମାଜିକ ଦିଗକୁ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦିଆଗଲା । ତାହାକୁ ନେଇ ପ୍ରସ୍ତୁତ ହେଲା ବ୍ୟବହାର ପରିବର୍ତ୍ତନ ଯୋଗାଯୋଗ ବା ଏସ୍‌ବିସିସି ଢାଂଚା । ଏଥିରେ ରୀତିନୀତି, ମୂଲ୍ୟବୋଧ, ପାରିପାର୍ଶ୍ୱିକ ବିଚାର ଏବଂ ପ୍ରସଙ୍ଗ ଆଦିର ଗୁରୁତ୍ୱକୁ ସାମିଲ କରାଗଲା ।

ଅତଏବ ଢାଂଚା, ମଡେଲ, ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଓ ତତ୍ତ୍ୱ ଆଦି ନାଁ, ଆକାର ଓ ପ୍ରକାର ଆଦି ବଦଳାଇଥିଲେ ହେଁ ଅସଲ ପ୍ରଶ୍ନର ସମାଧାନ ଆମେ ଏଯାବତ କରିପାରିଛନ୍ତି କି ? ଯୋଗାଯୋଗର ସାଧନ ଓ ଶକ୍ତିରେ ନିବେଶ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଆମ ବିଚାରରେ ଆମେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆଣି ପାରିଲୁଣି ତ ? ଯୋଗାଯୋଗ କେବଳ ଯେ ଏକ ସହାୟକ କୌଶଳ ନୁହେଁ ଯାହା ଖାଲି ପ୍ରଚାର ସର୍ବସ୍ୱ ; ବରଂ ଯୋଜନା ବା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ସଫଳତା ପାଇଁ ଏକ ମୁଖ୍ୟ ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ କୌଶଳ । ଏ କଥା ବୁଝି ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ଅର୍ଥ ବିନିଯୋଗ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ଆମର ମନୋଭାବ ପ୍ରଦର୍ଶନ କରିପାରିଛୁ କି ? ଲୋକଙ୍କ ଜୀବନର ମାନ ପରିବର୍ତ୍ତନରେ ଯେଉଁ ବେଗ ଆବଶ୍ୟକ ତାହାକୁ ତ୍ୱରାନ୍ୱିତ କରିବାରେ ଆମେ ସଫଳ ହୋଇପାରିଛନ୍ତି କି ? ଜନସାଧାରଣ, ପରିବାର, ବ୍ୟବସ୍ଥା ଓ ସମାଜରେ ଯେଉଁ ଗତିଶୀଳତା ଏବଂ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆସେ ତାକୁ ଗଭୀର ଭାବେ ଅନୁଧ୍ୟାନ କରି ତଦନୁସାରେ ଯୋଗାଯୋଗର ନକ୍ସା ଓ ତଥ୍ୟ ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ ଉପଯୁକ୍ତ କରିପାରିଛୁ କି ? ମଣିଷ ହିଁ ପରିବର୍ତ୍ତନର ସ୍ରଷ୍ଟା ଏଭଳି ଉଦାହରଣର ପ୍ରଭାବ ଆମେ ଅନ୍ୟମାନଙ୍କ ଉପରେ ପକାଇ ପାରିଛନ୍ତି କି ? ପୃଥିବୀକୁ ବଦଳାଇବା ପାଇଁ କ୍ଷେତ୍ରୀୟ ସ୍ତରରେ ଯେଉଁମାନେ କାମ କରୁଛନ୍ତି ସେମାନଙ୍କୁ ସଶକ୍ତ, ସବଳ କରିବା ପାଇଁ ଆମେ ଅବୋଧ ଭାଷାର ପ୍ରତିବନ୍ଧକକୁ ଦୂର କରିପାରିଛନ୍ତି କି ? ଆପାତତଃ ନୀତି ସ୍ତରରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆସିଛି; ମାତ୍ର ଏହା ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଅନୁଷ୍ଠାନ ସମୂହ, କ୍ଷେତ୍ରୀୟ ସ୍ତର ଓ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତାମାନଙ୍କ ନିକଟରେ ପହଂଚି ପାରିନି । ଏକ ସଶକ୍ତ, ଦକ୍ଷ, ଦୟାଶୀଳ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା, ଏକ ତଥ୍ୟଭିତ୍ତିକ ନାଗରିକ ସମାଜ ଜରିଆରେ ଏହା ତୃଣମୂଳ ସ୍ତରକୁ ପହଂଚି ପାରିଲେ

ଯୋଗାଯୋଗର ଶକ୍ତି ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ଭାବେ ବିନିଯୋଗ ହୋଇପାରିବ।

ଆସନ୍ତା ବର୍ଷ ଗୁଡିକରେ ଜାତୀୟ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନୀତିରେ ଛ'ଟି ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସ୍ୱଷ୍ଟ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ନେଇ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗର ଭବିଷ୍ୟତ ରୂପ ରେଖ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବାକୁ ପଡିବ। ସେଗୁଡିକ ହେଲା - ପ୍ରଥମତଃ ଦେଖିବାକୁ ପଡିବ ଉଭୟ ରାଜ୍ୟ ଓ କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ସ୍ତରରେ ଯୋଗାଯୋଗ ପ୍ରୟାସ ପାଇଁ ଯେଉଁ ବଜେଟ ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯାଉଛି ସେଥିରେ ଏକ କୌଶଳାତ୍ମକ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଆଣିବାକୁ ହେବ; କାରଣ ଏଥି ପାଇଁ ବଜେଟ ବରାଦ ଅଧିକ ନୁହେଁ। ଆହୁରି ମଧ ଏ ବାବଦରେ ଯେତେ ପାଣ୍ଠି ରାଜ୍ୟଗୁଡିକୁ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯାଏ ତାହା ପ୍ରାୟତଃ ଖର୍ଚ୍ଚ ହୋଇପାରେନା। ଏଭଳି ସ୍ଥିତିରେ ଯୋଜନାକାର ନୀତି ବା ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କଲାବେଳେ ଅଧିକ ଅର୍ଥ ବରାଦ କରିବାକୁ ଦ୍ୱିଧାରେ ପଡନ୍ତି। ଏହା ସତ ହେଲେ ହେଁ କେଉଁ କାରଣ ପାଇଁ ବରାଦ ଅର୍ଥ ଖର୍ଚ୍ଚ ହୋଇ ପାରୁନାହିଁ ତାହାର ଉପଯୁକ୍ତ ତଦାରଖ କରି ଠିକଣା ମାର୍ଗରେ ନିର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଟ ସମୟରେ ପାଣ୍ଠି ବିନିଯୋଗ କରିବାକୁ ପ୍ରୟାସ କରିବାକୁ ହେବ। ଆହୁରି ମଧ ପାଣ୍ଠି ଯୋଗାଣ ସମୟରେ କେଉଁ ଆଧାରରେ ଏହା ଦିଆଯାଉଛି ତାହାକୁ ମଧ ଦେଖିବାକୁ ହେବ। ଆବଶ୍ୟକତା ଆଧାରୀତ ନ'କରି ପ୍ରଦର୍ଶନ ଆଧାରୀତ ନୀତିରେ ପାଣ୍ଠି ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ। ତା'ଛଡା ପ୍ରଦର୍ଶନ ଆଧାରୀତ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପାଇଁ ଅର୍ଥ ଯୋଗାଣବେଳେ ଏହାର ବିନିଯୋଗ ପାଇଁ କିଏ ଦାୟୀ ଏବଂ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଚାଲିଥିବା କାମର ମାନକୁ ମଧ ନିଶ୍ଚିତ କରିବାକୁ ହେବ। ଅତଏବ ଅର୍ଥ ଯେପରି ଉଚିତ ମାର୍ଗରେ ଲକ୍ଷ୍ୟ ହାସଲ ପଥରେ ଖର୍ଚ୍ଚ ହେବ ତାହାକୁ ସ୍ଥିର ନିଶ୍ଚିତ କରିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମ୍ପୃକ୍ତ ବ୍ୟକ୍ତିବିଶେଷ, କର୍ମଚାରୀ ଓ ଅଧିକାରୀଙ୍କୁ ଭଲ କାମ ପାଇଁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ଯୋଗାଇ ଦେବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ କରାଯାଇପାରେ।

ଦ୍ୱିତୀୟତଃ – ଯୋଗାଯୋଗ ବା ସୂଚନା-ଲୋକସମ୍ପର୍କ ଓ ତାଲିମ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ ବିଭାଗ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ଦକ୍ଷତାକୁ ବିଶେଷ ଭାବେ ବଢ଼ାଇବାକୁ ହେବ। ସେମାନେ ପରିବର୍ତ୍ତନର ବାହକ ହୋଇଥିବାରୁ ନୂଆ ଜ୍ଞାନକୌଶଳ, ଉପକରଣ ବିଷୟରେ ସେମାନଙ୍କୁ ତାଲିମ ଦେଇ ପ୍ରଥମେ ସୁଦକ୍ଷ କରିବାକୁ ପଡିବ। ଏହା ଏକ ଜରୁରୀ ତଥା ବିରାଟ କାର୍ଯ୍ୟ। ଏଥିରେ ଯୋଗାଯୋଗ ବିଶେଷଜ୍ଞ ଏବଂ ଏଥିପାଇଁ ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରୁଥିବା ପ୍ରମୁଖ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଏନ୍ଆଇଏଚ୍ଏଫ୍ଡବ୍ଲ୍ୟୁ, ଏସ୍ଆଇଏଚ୍ଏଫ୍ଡବ୍ଲ୍ୟୁ, ଏଏନ୍ଟିସି ଓ ଏଡବ୍ଲ୍ୟୁଟିସି ଆଦିର ଗୁରୁତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଭୂମିକା ରହିବ। ଯୋଗାଯୋଗ ଦକ୍ଷତା ବଢ଼ାଇବା ପାଇଁ ପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ତାଲିମ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନର ସାହାଯ୍ୟ ସହଯୋଗ ମଧ ଅପରିହାର୍ଯ୍ୟ। କେବଳ ଲୋକଙ୍କ ସହ ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ଭାବେ କଥାବାର୍ତ୍ତା ବାହାରେ ସେମାନଙ୍କୁ ପ୍ରବର୍ତ୍ତାଇବା, ବୁଝେଇବା, ପ୍ରଭାବିତ କରିବା ଓ ବୁଝାମଣା କରିବା ଆଦି କୌଶଳ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେବାକୁ ପଡିବ। ଏଥିପାଇଁ ସୂଚନା ଓ ପ୍ରସାରଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟର କ୍ଷେତ୍ର ପ୍ରଚାର ନିର୍ଦ୍ଦେଶାଳୟ, ସଙ୍ଗୀତ ନାଟକ ପ୍ରଭାଗ, ଦୂରଦର୍ଶନ, ଆକାଶବାଣୀ ଓ ଦୃଶ୍ୟପ୍ରଚାର ନିର୍ଦ୍ଦେଶାଳୟ ଆଦିର ପ୍ରତ୍ୟକ୍ଷ ସହଯୋଗ ମଧ ନିଆଯାଇପାରେ।

ତୃତୀୟତଃ, ଉତମ ଫଳାଫଳ ଓ ଦାୟିତ୍ୱବୋଧ ପାଇଁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗର ଉନ୍ନତ ତଦାରଖ, ଆକଳନ, ଗତିବିଧି ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ, ମୂଲ୍ୟାୟନ ଓ ଗବେଷଣା ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦେବାକୁ ପଡିବ। ମାତ୍ର ଏ କଥା କରାନ'ଯାଇ ପ୍ରମାଣ ସ୍ୱରୂପ ବିନିଯୋଗ ପ୍ରମାଣପତ୍ର, ଫଟୋ ଜରିଆରେ କିଛି କାଗଜପତ୍ର ଓ ପ୍ରେସ ରିପୋର୍ଟ ଆଦିକୁ ପ୍ରମାଣ ଆକାରରେ ଉପସ୍ଥାପନ କରାଯାଉଛି। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଗଠନମୂଳକ ଓ ଯୋଗାତ୍ମକ ବା ପୂର୍ଣ୍ଣାଙ୍ଗ ଗବେଷଣା କରାଯାଉନାହିଁ। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପରିଚାଳକ ଓ ଅଧିକାରୀମାନଙ୍କ ଦକ୍ଷତା ବୃଦ୍ଧି କରି ସେମାନଙ୍କୁ ନିପୁଣ ଓ ଦକ୍ଷ କରିବାକୁ ପଡିବ। ଏହାଛଡ଼ା ଏ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ମୂଲ୍ୟାୟନ ଓ ଗବେଷଣା ଯଥାଶୀଘ୍ର ଭଲ ରୂପେ କରିବା ପାଇଁ ବିଭିନ୍ନ ସଂସ୍ଥା ଓ ଅଂଶୀଦାରମାନଙ୍କୁ ନିଯୁକ୍ତ କରାଯିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ସୂଚକର ସଠିକ ପର୍ଯ୍ୟବେକ୍ଷଣ ଓ ଅନୁଶୀଳନ ଆଉ ଏକ ଦିଗ। ସେ ସମ୍ପର୍କରେ ମଧ ଅନେକ କିଛି କରିବାର ରହିଛି। ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର କାର୍ଯ୍ୟକାରିତାରୁ ତ୍ରୁଟି ବିଚ୍ୟୁତି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ମିଳୁଥିବା ତଥ୍ୟକୁ ଆଧାର କରି ତାହାର ନିରାକରଣ ପ୍ରତି ଦୃଷ୍ଟି ଦେଇ ଏହାକୁ ଅଧିକ ମଜଭୁତ କରିବାକୁ ହେବ।

ଚତୁର୍ଥତଃ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବିଷୟକ ଅଭିନବ ପରିକଳ୍ପନା ଓ ବିଚାର ବହନ କରୁଥିବା ଉପକରଣ ଏବଂ କାର୍ଯ୍ୟରେ ବ୍ୟାପକ ପରିବର୍ତ୍ତନ ଲୋଡ଼ା। ଯୋଗାଯୋଗ ବିଷୟକ ଉପକରଣ ଓ ପରିକଳ୍ପନା ପ୍ରସ୍ତୁତ କରିବା ପାଇଁ ଆବଶ୍ୟକ ଆନୁଷ୍ଠାନିକ ବା ସରକାରୀ ସାମର୍ଥ୍ୟର ଅଭାବ ରହିଛି। ଏଥିପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ ସ୍ଲୋଗାନ, ବାର୍ତ୍ତା, ଡିଜାଇନ୍, ଲେ ଆଉଟ ଏବଂ ବ୍ରାଣ୍ଡିଂ ଆଦି ଏକ ପ୍ରମୁଖ ସମସ୍ୟା ହୋଇଥିବାରୁ ଏହାକୁ ଆଉଟସୋର୍ସିଂ ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ (ଅନ୍ୟ ସଂସ୍ଥା ଜରିଆରେ) ସଂଗ୍ରହ କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ଏହା ହେଲେ ଏ ସବୁ ସାମଗ୍ରୀ ସଂଗ୍ରହ ଉଭୟ ମୂଲ୍ୟ ଓ ମାନ ଦୃଷ୍ଟିରୁ ସୁବିଧାଜନକ ହେବ। ଏ ନେଇ ପରିଚାଳନାଗତ ଝିଞ୍ଜଟ ମଧ ରହିବ ନାହିଁ।

ବ୍ୟାବସାୟିକ ଯୋଗାଯୋଗ ତୁଳନାରେ ସାମାଜିକ ଯୋଗାଯୋଗ (ସରକାରୀ ଯୋଗାଯୋଗ ପଦ୍ଧତି)କୁ ସାଧାରଣତଃ ଏକ ବିରକ୍ତିକର ଓ ଧରାବନ୍ଧା କଥା ବା ପ୍ରଚାର ବୋଲି ଗ୍ରହଣ କରାଯାଇଥାଏ। ଅତଏବ ଏହି ଯୋଗାଯୋଗର ସ୍ଲୋଗାନ ଓ ଲେଖା ଆଦିର ଭାଷା, ଭାବ, ବାର୍ତ୍ତା ମନଛୁଆଁ ଓ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ହେବା ଆବଶ୍ୟକ। ଏ ଦିଗରେ ଯଥୋଚିତ ଦୃଷ୍ଟି ଦିଆଯିବା ଆବଶ୍ୟକ।

ପଂଚମ – ଉଭୟ କେନ୍ଦ୍ର ଓ ରାଜ୍ୟରେ

ଥିବା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ବ୍ୟବସ୍ଥାର ପରିବର୍ତ୍ତନ ଜରୁରୀ। କେନ୍ଦ୍ରରେ ଥିବା ତଥାକଥିତ ଆଇଇସି ଡିଭିଜନ ବା ୟୁନିଟ୍ ଏବଂ ପ୍ରାଦେଶିକ ସ୍ତରରେ ଥିବା ଆଇଇସି ବ୍ୟୁରୋ ବା ଜିଲ୍ଲାରେ ଥିବା ବିବିସି ସେଲ୍ ଅଳ୍ପ କିଛି ଅଧିକାରୀ ଏବଂ ସୀମିତ ସମ୍ବଳକୁ ନେଇ ଚାଲିଛି। ଏସବୁ ଅତି ଛୋଟ। ଏ ସବୁ କେନ୍ଦ୍ର ମୁଖ୍ୟତଃ ଆଇଇସି ସାମଗ୍ରୀ ଉତ୍ପାଦନ ଓ ଆବଂଟନ କେନ୍ଦ୍ର ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛି। ଦୀର୍ଘକାଳରୁ ସ୍ଥାପିତ ହେବା ସତ୍ତ୍ୱେ ଯୋଗାଯୋଗ ଡିଭିଜନ ଏ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ତାହାର ଢାଂଚା ଓ କାର୍ଯ୍ୟଶୈଳୀରେ ପରିବର୍ତ୍ତନ କରିପାରିନାହିଁ। ଏ ସବୁ କେନ୍ଦ୍ର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆୟୋଜକ ଓ ପ୍ରେସ ମ୍ୟାନେଜର ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛନ୍ତି। ଗଣମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ରକାଶିତ ସମ୍ବାଦକୁ ଦେଖି ଏ ସବୁ କେନ୍ଦ୍ରର ଅଧିକାରୀମାନେ ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ଥଳେ ବିଭାଗ ତରଫରୁ ପ୍ରେସ ଇସ୍ତାହାର ଲେଖି ତାହାକୁ ଗଣମାଧ୍ୟମକୁ ପଠାଇବାରେ ସୀମିତ ରହୁଛନ୍ତି। ଏହା ଫଳରେ କୌଶଳାତ୍ମକ ଯୋଗାଯୋଗର ଅସଲ ଉଦ୍ଦେଶ୍ୟ ଗୌଣ ହୋଇଯାଉଛି। ଏହାର ପରିବର୍ତ୍ତନ ଲୋଡ଼ା। ସମ୍ପୃକ୍ତ ଦପ୍ତରଗୁଡ଼ିକ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର ବିଶେଷଜ୍ଞ ଭାବେ କାର୍ଯ୍ୟ କରି ଫଳପ୍ରଦ ଯୋଗାଯୋଗ ମାଧ୍ୟମରେ ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ପ୍ରଭାବଶାଳୀ ବାର୍ତ୍ତା ପହଂଚାଇବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି।

ଷଷ୍ଠ – ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ ପ୍ରୟାସ ସବୁ ସ୍ତରରେ ଅଂଶୀଦାରୀ ଭାବ ସୃଷ୍ଟି କରି ଏଥିରୁ ଫାଇଦା ଉଠାଇବା ଆବଶ୍ୟକ। ଏନ୍‌ଜିଓ, ଜିବିଓ ଭଳି ଯେଉଁସବୁ ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ସଂସ୍ଥା ବିଭିନ୍ନ ଗୋଷ୍ଠୀ, ସମ୍ପ୍ରଦାୟର ନିକଟବର୍ତ୍ତୀ ସେମାନଙ୍କ ସହ ସହଭାଗୀ ହେବା ଶ୍ରେୟସ୍କର। ଏହାଦ୍ୱାରା ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ପହଂଚି ହେବ। ଗଣମାଧ୍ୟମ ସହ ସୁସମ୍ପର୍କ ଓ ସହଭାଗୀତା

ଚାହିଦା ପାର୍ଶ୍ୱର କ୍ରମବର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଣୁ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରାଯାଇ ନ ପାରିଲେ ଏହା ସନ୍ଦେହ ଓ ନୈରାଶ୍ୟ ଭାବନା ସୃଷ୍ଟି କରିବା ସ୍ୱାଭାବିକ; ଅତଏବ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସାଧନ ଓ ସମ୍ବଳକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଏକ ସମତା ରକ୍ଷା କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଆବଶ୍ୟକସ୍ଥଳେ ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱକୁ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦେବାକୁ ହେବ। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମ୍ବଳ ଓ ଅନୁଷ୍ଠାନଗତ ଯେଉଁ ସବୁ ପ୍ରତିବନ୍ଧକ ଅଛି ତାହାର ନିରାକରଣ ଉପରେ ଦୃଷ୍ଟି ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ।

ବୃଦ୍ଧିର ମଧ୍ୟ ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଏହାଦ୍ୱାରା ଗଠନମୂଳକ ଖବରର ଉପଯୁକ୍ତ ପ୍ରଚାର ପ୍ରସାର କରାଯାଇପାରିବ। ଗଣମାଧ୍ୟମ ସଚେତନଧର୍ମୀ, ଗଠନମୂଳକ ଖବରର ପ୍ରଚାର ପ୍ରସାର କରି ଅଧିକରୁ ଅଧିକ ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ତାହାକୁ ପହଂଚାଇବାରେ ସହାୟକ ହେବ। ଘରୋଇ ଉଦ୍ୟୋଗ ଓ ବିଭିନ୍ନ କମ୍ପାନୀ ବା ଉଦ୍ୟୋଗ ସହ ମଧ୍ୟ ଅଂଶୀଦାରୀ କରାଯାଇପାରେ। ଏସବୁ ସଂସ୍ଥା ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ କ୍ଷେତ୍ରରେ ନିଜର ଅନୁଭୂତି, ବିଶେଷ ଜ୍ଞାନ, ଦକ୍ଷତା, ସମ୍ବଳ ସହ ପାରିପାର୍ଶ୍ୱ ଉନ୍ନୟନ ପାଣ୍ଠିରୁ ବିଭିନ୍ନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ସହାୟତା ଯୋଗାଇ ଦେଇପାରିବେ। ଏହାଛଡ଼ା ଜାତିସଂଘ, ବହୁଦେଶୀୟ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ, ଧର୍ମଭିତ୍ତିକ ଗୋଷ୍ଠୀ, ଅନୁଷ୍ଠାନ, ସେବାମୂଳକ ପ୍ରତିଷ୍ଠାନ ସହ ଅଂଶୀଦାରୀ ଆଧାରରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରାଗଲେ ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ବାର୍ତ୍ତା ଅଧିକରୁ ଅଧିକ ଲୋକଙ୍କ ପାଖରେ ସହଜରେ ପହଂଚି ପାରିବ। ଚାହିଦା ପାର୍ଶ୍ୱ ପ୍ରତି ଧ୍ୟାନ ଦିଆଯିବା ବେଳେ ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱ ଯେପରି ଅବହେଳିତ ହୋଇ ନ'ଯାଏ ସେଥିପ୍ରତି ସଚେତନ ରହିବାକୁ ପଡ଼ିବ। ଚାହିଦା ପାର୍ଶ୍ୱର କ୍ରମବର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଣୁ ଆବଶ୍ୟକତା ପୂରଣ କରାଯାଇ ନ ପାରିଲେ ଏହା ସନ୍ଦେହ ଓ ନୈରାଶ୍ୟ ଭାବନା ସୃଷ୍ଟି କରିବା ସ୍ୱାଭାବିକ; ଅତଏବ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସାଧନ ଓ ସମ୍ବଳକୁ ବିଚାରକୁ ନେଇ ଏକ ସମତା ରକ୍ଷା କରିବାର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି। ଆବଶ୍ୟକସ୍ଥଳେ ଯୋଗାଣ ପାର୍ଶ୍ୱକୁ ଅଗ୍ରାଧିକାର ଦେବାକୁ ହେବ। ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମ୍ବଳ ଓ ଅନୁଷ୍ଠାନଗତ ଯେଉଁ ସବୁ ପ୍ରତିବନ୍ଧକ ଅଛି ତାହାର ନିରାକରଣ ଉପରେ ଦୃଷ୍ଟି ଦେବାକୁ ପଡ଼ିବ।

ଉପସଂହାରରେ ଏତିକି କୁହାଯାଇପାରେ ଯେ ଭାରତରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଯୋଗାଯୋଗ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମକୁ ଭାରତରେ ସୁଦୃଢ଼ ଓ ସୁସଂଗଠିତ କରି ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ମିଶନର ଲକ୍ଷ୍ୟକୁ ସଫଳ କରିବାକୁ ହେବ। ଏହା ଦ୍ୱାରା ଉଭୟ ସଂକ୍ରାମକ ଓ ଅଣସଂକ୍ରାମକ ବ୍ୟାଧିର କ୍ରମବର୍ଦ୍ଧିଷ୍ଣୁ ବୋଝ ହ୍ରାସ ପାଇବା ସହ ରୋଗ ପ୍ରତି ଆଚରଣ ଓ ମନୋଭାବ ଜନିତ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ବଦଳି ପାରିବ। ଲୋକଙ୍କ ଅଭ୍ୟାସ ଓ ବିଚାର ବଦଳିଲେ ସେମାନେ ରୋଗ ପ୍ରତି ସତର୍କ ରହିବେ ଏବଂ ପ୍ରତିଷେଧକ ତଥା ଚିକିତ୍ସା ବ୍ୟବସ୍ଥା ପ୍ରତି ସଚେତନ ରହିବେ। ଏହା ହୋଇପାରିଲେ ଦ୍ୱାଦଶ ଯୋଜନା କାଳରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟସେବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ଯେଉଁ ନିରନ୍ତର ବିକାଶ ଲକ୍ଷ୍ୟ ରଖାଯାଇଛି ତାହା ଅଚିରେ ହାସଲ ହୋଇପାରିବ।

ବରିଷ୍ଠ ସଂଚାର ବିଶେଷଜ୍ଞ

କୈଶୋରାବସ୍ଥାରେ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ

■ ଡ. ସୁଷମା ଦୁରେଜା

କିଶୋରାବସ୍ଥାର ସାମଗ୍ରୀକ ଉନ୍ନତି ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଦ୍ୱାରା ୨୦୧୪ ଜାନୁଆରୀ ୭ ତାରିଖଠାରୁ ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ ହୋଇଛି । ପୁରୁଷ-ମହିଳା, ସହରୀ-ଗ୍ରାମୀଣ, ବିବାହିତ-ଅବିବାହିତ, ପାଠୁଆ-ଅପାଠୁଆ, ଏହି ସବୁ ବର୍ଗର କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କୁ ଏହି ଯୋଜନାରେ ସମ୍ମିଳିତ କରାଯାଇଛି । ଏହାପୂର୍ବରୁ କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କେବଳ ଯୌନ-ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପ୍ରଜନନ ଉପରେ କେନ୍ଦ୍ରିତ ଥିଲା । ଏହି ନୂତନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରିସୀମା ବହୁ ବ୍ୟାପକ ।

୨୦୧୧ ଜନଗଣନା ତଥ୍ୟ ଅନୁଯାୟୀ, ଦେଶରେ ୨୫୩ ନିୟୁତ କିଶୋର-କିଶୋରୀ ଅଛନ୍ତି । ୧୦ରୁ ୧୯ ବର୍ଷ ବୟସ୍କ ଏମାନଙ୍କ ସଂଖ୍ୟା ହେଉଛି ଭାରତର ଜନସଂଖ୍ୟାର ପାଂଚଭାଗରୁ ଭାଗେ । ମଣିଷ ଜୀବନର ଏ ହା ଏମିତି ଏକ ସ୍ୱଳ୍ପ- ସମୟାବଧି ପର୍ଯ୍ୟାୟ, ଯେତେବେଳେ ପୃଷ୍ଟି, ଶିକ୍ଷା, ପରାମର୍ଶ ଅଧିକ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇଥାଏ । ଏହାଦ୍ୱାରା, ସେମାନେ ସୁସ୍ଥ ଯୌବନରେ ପଦାର୍ପଣ କରନ୍ତି । ଜନସଂଖ୍ୟା ର ଏହି ବିଶାଳ ବର୍ଗ ଭିତରେ ନିହିତ ଥିବା ଯାବତୀୟ ସମ୍ଭାବନା ଦୃଷ୍ଟିରୁ, ଏମାନଙ୍କ ଶିକ୍ଷା, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ବିକାଶ ପାଇଁ ଅଧିକ ଧ୍ୟାନ ଓ ଧନ ଆବଶ୍ୟକ ।

ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି କୈଶୋରାବସ୍ଥାର ଆଭିମୂଖ୍ୟ ଉପରେ ଭାରତ ସରକାର ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରିଛନ୍ତି । କାରଣ ଏହି ବର୍ଗର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଉପରେ ନିର୍ଭରଶୀଳ ଦେଶର ସାମଗ୍ରୀକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ- ମୃତ୍ୟୁହାର, ଅକ୍ଷମତା ଓ ସର୍ବୋପରି ଜନସଂଖ୍ୟା ବୃଦ୍ଧି । ଏହି ଅବସ୍ଥାର କେତେକ ଅନ୍ଧାରୁଆ ଦିଗ ହେଉଛି; ଯୌନ ବିଶୃଙ୍ଖଳା, ଅପରିପକ୍ୱ ବୟସରେ ବିବାହ, କିଶୋରୀ ଅବସ୍ଥାରେ ଗର୍ଭଧାରଣ, ମାତୃମୃତ୍ୟୁହାର ଏବଂ ଏଚ.ଆଇ.ଭି. ସଂକ୍ରମଣ । ତେଣୁ, ଏ ସବୁ ସମସ୍ୟାରୁ ନିସ୍ତାର ପାଇବାକୁ ହେଲେ, କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅଧିକ ପୁଂଜିନିବେଶର ଆବଶ୍ୟକତା ରହିଛି । ଅପରପକ୍ଷରେ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟବାନ୍ କୈଶୋରାବସ୍ଥାର ଉତ୍ପାଦନକ୍ଷମତା ଦ୍ୱାରା ସମଗ୍ର ଦେଶ ଲାଭାନ୍ୱିତ ହେବ ।

ରାଷ୍ଟ୍ର କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ: (RKSK)

କିଶୋରାବସ୍ଥାର ସାମଗ୍ରୀକ ଉନ୍ନତି

ପାଇଁ କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ଦ୍ୱାରା ୨୦୧୪ ଜାନୁଆରୀ ୭ ତାରିଖଠାରୁ ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ ହୋଇଛି। ପୁରୁଷ- ମହିଳା, ସହରୀ-ଗ୍ରାମୀଣ, ବିବାହିତ-ଅବିବାହିତ, ପାଠୁଆ-ଅପାଠୁଆ, ଏହି ସବୁ ବର୍ଗର କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କୁ ଏହି ଯୋଜନାରେ ସମ୍ମିଳିତ କରାଯାଇଛି। ଏହାପୂର୍ବରୁ କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ କେବଳ ଯୌନ-ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପ୍ରଜନନ ଉପରେ କେନ୍ଦ୍ରିତ ଥିଲା। ଏହି ନୂତନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ପରିସୀମା ବହୁ ବ୍ୟାପକ। କାରଣ ଏଥିରେ, କୈଶୋରାବସ୍ଥାରେ ଯୌନାଚାର ସମ୍ପର୍କୀତ ଦିଗ ବ୍ୟତିରେକ, ପୁଷ୍ଟି, ମାନସିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ, ଲିଂଗଗତ ହିଂସ୍ର ଆଚରଣ, ଅଣ-ସଂକ୍ରମଣ ଜନିତ ରୋଗ ଏବଂ ବିଭିନ୍ନ ଦ୍ରବ୍ୟର ଦୂରପଯୋଗ ଆଦି ବିଷୟଗୁଡ଼ିକୁ ମଧ୍ୟ ସାମିଲ କରାଯାଇଛି। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥାକୁ କେବଳ କ୍ଲିନିକ୍ ଭିତରେ ସୀମିତ ନ ରଖି କିଶୋର-କିଶୋରୀଙ୍କ ନିଜସ୍ୱ ପରିବେଶ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ପରିବ୍ୟାପ୍ତ କରାଯାଇଛି। ଏହି ଯୋଜନାର ଶକ୍ତି ନିହିତ ରହିଛି ଏହାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ-ସମ୍ପର୍କୀତ ଆଭିମୁଖ୍ୟ ଉପରେ। ଏହି ଯୋଜନାର କାର୍ଯ୍ୟଦକ୍ଷ ଗତିଶୀଳତା ପାଇଁ, ଗୋଷ୍ଠୀ-ଭିତିକ ପରାମର୍ଶ ବ୍ୟବସ୍ଥା, ସାମାଜିକ ଆଚରଣ ସମ୍ପର୍କୀତ ସୂଚନା ପ୍ରଦାନ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଏବଂ କୈଶୋରାବସ୍ଥା ଅନୁକୂଳ କ୍ଲିନିକ୍ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଆଦି ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ପ୍ରଦାନ କରାଯାଇଛି। କୈଶୋରାବସ୍ଥାରେ ନିଜ ପାଇଁ ନିଷ୍ପତି ନେବାର ସ୍ୱାଧୀନତା ସୀମିତ ଥିବା ଦୃଷ୍ଟିରୁ, ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମରେ ପିତା-ମାତା, ଅଭିଭାବକ ଓ ଏପରିକି ଗୋଷ୍ଠୀକୁ ମଧ୍ୟ ସାମିଲ୍ କରାଯାଇଛି। ସାଂପ୍ରତିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବ୍ୟବସ୍ଥା ଜରିଆରେ କୈଶୋର-ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି ଧ୍ୟାନ ଦେବା ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ଏଥିରେ ଆବଶ୍ୟକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି। କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ଅଧିନରେ ବିଭିନ୍ନ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟାର ଚିହ୍ନଟିକରଣ, ପ୍ରତିରୋଧ, ପରାମର୍ଶ

ଜାତୀୟ ପରିବାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସର୍ବେକ୍ଷଣ ବା NFHS-୩ ଅନୁଯାୟୀ ଦେଶରେ କିଶୋରାବସ୍ଥାରେ ଦେଖାଯାଉଥିବା ରକ୍ତହୀନତା ବେଶ୍ ଅଧିକ। କିଶୋର ମାନଙ୍କଠାରେ ଏହା Hb<୧୩ଶ% ହୋଇଥିବା ବେଳେ କିଶୋରୀଙ୍କଠାରେ ଏହା Hb<୧୨ଶ% । ମାସିକ ଋତୁସ୍ରାବ ତଥା ଦ୍ରୁତ ଶାରୀରିକ ବୃଦ୍ଧି ଯୋଗୁଁ, କିଶୋରୀମାନଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତହୀନତା ବେଶୀ ଦେଖାଦିଏ। NFHS-୩ ସର୍ବେକ୍ଷଣ ଅନୁଯାୟୀ, ୧୫ ରୁ ୧୯ ବର୍ଷ ବୟସ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ପ୍ରାୟ ୫୬ ପ୍ରତିଶତ କିଶୋରୀ ଓ ପ୍ରାୟ ୩୦ ପ୍ରତିଶତ କିଶୋର ସମାନ ଧରଣର ରକ୍ତହୀନତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି।

ଏବଂ ଚିକିତ୍ସା- ଏସବୁ ପର୍ଯ୍ୟାୟକୁ ସମ୍ମିଳିତ କରାଯାଇଛି। ଉଦାହରଣ ସ୍ୱରୂପ, ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ମାଧ୍ୟମରେ, ଋତୁସ୍ରାବଜନୀତ ସମସ୍ୟା ସମାଧାନ, ଲୌହ ଓ ଫୋଲିକ୍ ଏସିଡ୍ ସେବନ, ସାଂଗସାଥୀ ଆଧାରିତ ଆଚରଣ ଶିକ୍ଷାଦାନ ଆଦି ବିଷୟଗୁଡ଼ିକୁ ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ କରାଯାଇଛି।

ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଏକ ପ୍ରମୁଖ ଅଂଗ ହେଉଛି ସମବୟସ୍କ ଶିକ୍ଷା। ଏଥି ଅନୁଯାୟୀ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ଗ୍ରାମରେ ବା ପ୍ରତ୍ୟେକ ୧୦୦୦ ଜନସଂଖ୍ୟାରେ ଦୁଇଜଣ କିଶୋର ଓ ଦୁଇଜଣ କିଶୋରୀ ଶିକ୍ଷା ପ୍ରଦାନକାରୀଙ୍କ ଜରିଆରେ କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କୁ ସଚେତନ କରାଇବା ପାଇଁ ଲକ୍ଷ୍ୟ ଧାର୍ଯ୍ୟ ହୋଇଛି। ଏହି ଚାରି ଜଣଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ଜଣେ କିଶୋର ଓ ଜଣେ କିଶୋରୀ ବିଦ୍ୟାର୍ଥୀ ହୋଇଥିବା ବେଳେ, ଅନ୍ୟ ଦୁଇଜଣଙ୍କୁ ବିଦ୍ୟାଳୟ ପରିତ୍ୟାଗ କରିଥିବା କିଶୋର- କିଶୋରୀମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ଚୟନ କରାଯିବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି। ଏମାନଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟ ହେଲା, ଗ୍ରାମର ପ୍ରାୟ ୧୫/୨୦ ଜଣ କିଶୋର/କିଶୋରୀଙ୍କୁ ନେଇ ଏକ ଦଳ ଗଠନ କରିବା ଏବଂ ସପ୍ତାହକୁ ଅନ୍ତତଃ ଘଂଟାଏ ବା ଦୁଇଘଂଟା ପାଇଁ, କିଶୋରାବସ୍ଥା ସମ୍ପର୍କୀୟ ବିଭିନ୍ନ ବିଷୟରେ ଭାବ-ବିନିମୟ କରିବା କିମ୍ବା ଖେଳ-କୁଦ ଆଦି ମନୋରଞ୍ଜନ ଧର୍ମୀ କାର୍ଯ୍ୟକଳାପରେ ଭାଗ ନେବା ପାଇଁ ପ୍ରବର୍ତାଇବା। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ଏମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ପ୍ରତ୍ୟେକ ଗ୍ରାମରେ ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସମୟ ବ୍ୟବଧାନରେ କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଦିବସ ମଧ୍ୟ ପାଳନ କରାଯାଏ। ଏହାଦ୍ୱାରା କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ପ୍ରତି ଅଭିଭାବକ ତଥା ଗୋଷ୍ଠୀ ସଦସ୍ୟଙ୍କ ଧ୍ୟାନ ଆକର୍ଷିତ କରାଯାଏ। ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମର ଅନ୍ୟ ଏକ ମହତ୍ୱପୂର୍ଣ୍ଣ ଦିଗ ହେଉଛି ରକ୍ତହୀନତା ଦୂରୀକରଣ। କିଶୋରାବସ୍ଥାରେ ନାନା ପ୍ରକାରର ଶାରୀରିକ, ମାନସିକ, ଜୈବ ପରିବର୍ତନ ଯୋଗୁଁ ଅଧିକ ପୌଷ୍ଟିକ ତତ୍ୱ ଆବଶ୍ୟକ ହୋଇଥାଏ। ବିଶେଷ ଭାବେ ଏହି ସମୟରେ ଲୌହସାର ଅତ୍ୟନ୍ତ ଉପାଦେୟ। ଏହାର ଅଭାବରେ ରକ୍ତହୀନତା ଦେଖାଦିଏ। ଏହି ସମସ୍ୟା ଶିଶୁଙ୍କଠାରୁ ଆରମ୍ଭ କରି ଗର୍ଭବତୀ ମହିଳା ଓ ଏପରିକି କିଶୋରାବସ୍ଥାରେ ମଧ୍ୟ ଦେଖାଦିଏ। ଭାରତରେ ବର୍ତମାନ ରକ୍ତହୀନତା ହେଉଛି ପୌଷ୍ଟିକ ତତ୍ୱ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ ସବୁଠାରୁ ବଡ଼ ଆହ୍ୱାନ। ଜାତୀୟ ପରିବାର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସର୍ବକ୍ଷଣ ବା NFHS-୩ ଅନୁଯାୟୀ ଦେଶରେ କିଶୋରାବସ୍ଥାରେ ଦେଖାଯାଉଥିବା ରକ୍ତହୀନତା ବେଶ୍ ଅଧିକ।

Unfiled Notes Page 47

କିଶୋର ମାନଙ୍କଠାରେ ଏହା Hb<୧୩ଶ% ହୋଇଥିବା ବେଳେ କିଶୋରୀଙ୍କଠାରେ ଏହା Hb<୧୨ଶ% । ମାସିକ ଋତୁସ୍ରାବ ତଥା ଦ୍ରୁତ ଶାରୀରିକ ବୃଦ୍ଧି ଯୋଗୁଁ, କିଶୋରୀମାନଙ୍କଠାରେ ରକ୍ତହୀନତା ବେଶୀ ଦେଖାଦିଏ। NFHS-୩ ସର୍ବେକ୍ଷଣ ଅନୁଯାୟୀ, ୧୫ ରୁ ୧୯ ବର୍ଷ ବୟସ ମଧ୍ୟରେ ଥିବା ପ୍ରାୟ ୫୬ ପ୍ରତିଶତ କିଶୋରୀ ଓ ପ୍ରାୟ ୩୦ ପ୍ରତିଶତ କିଶୋର ସମାନ ଧରଣର ରକ୍ତହୀନତାର ଶିକାର ହୋଇଥାନ୍ତି। ପୁନଶ୍ଚ NFHS-୩ ଅନୁଯାୟୀ, ୧୫-୧୯ ବର୍ଷ ବୟସ୍କା କିଶୋରୀମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ୩୯ ପ୍ରତିଶତଙ୍କଠାରେ ହାଲୁକା ଧରଣର, ୧୫ ପ୍ରତିଶତଙ୍କଠାରେ ମଧ୍ୟମ ଧରଣର ଏବଂ ଦୁଇ ପ୍ରତିଶତଙ୍କଠାରେ ଗୁରୁତର ରକ୍ତହୀନତା ଦେଖାଦେଇଥିଲା। NFHS-୨ ଅନୁଯାୟୀ କିଶୋରୀଙ୍କ ୦ । ୮ ର ଦେଖାଦେଇଥିବା ରକ୍ତହୀନତାର ସ୍ତର, NFHS-୩ ରେ ମଧ୍ୟ ପାଖାପାଖି ସମାନ ରହିବା ଏକ ଉଦ୍‌ବେଗଜନକ ବିଷୟ। ତେବେ, ଫଳରେ ଗର୍ଭସ୍ଥ ଭ୍ରୁଣର ବିକାଶ ମଧ୍ୟ ପ୍ରଭାବିତ ହୋଇଥାଏ। ରକ୍ତହୀନତାର ଶିକାର କିଶୋରୀମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା କମ୍ ଓଜନର ଶିଶୁ ବା ଉପଯୁକ୍ତ ସମୟ ପୂର୍ବରୁ ଶିଶୁ ଜନ୍ମ କରିବା ଘଟଣାଗୁଡ଼ିକ ଅସ୍ୱାଭାବିକ ନୁହେଁ। ତେଣୁ ନିୟମିତ ଭାବରେ ଲୌହ- ଫୋଲିକ୍ ଏସିଡ୍ ଭଳି ପୌଷ୍ଟିକ ତତ୍ୱ ଦ୍ୱାରା ରକ୍ତହୀନତା ସମସ୍ୟାର ସମାଧାନ କରାଯିବା ଉଚିତ୍। ବିଭିନ୍ନ ଅଧ୍ୟୟନରୁ ଜଣାପଡ଼ିଛି ଯେ ସପ୍ତାହକୁ ଥରେ ୧୦୦ ମିଲିଗ୍ରାମ ଲୌହ ଓ ୫୦୦ ମାଇକ୍ରୋଗ୍ରାମ୍ ଫୋଲିକ୍ ଏସିଡ୍ ସେବନ ଦ୍ୱାରା କିଶୋରାବସ୍ଥାରେ ରକ୍ତହୀନତା ଦୂର କରାଯାଇ ପାରିବ। କିଶୋରାବସ୍ଥା ରକ୍ତହୀନତା ଏକ ଗୁରୁତର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମସ୍ୟା ହୋଇଥିବାରୁ, କେନ୍ଦ୍ର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ ତରଫରୁ ୨୦୧୨ ମସିହାରୁ କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କ ପାଇଁ ସାପ୍ତାହିକ ଲୌହ ଓ ଫୋଲିକ୍ ଏସିଡ୍ ସେବନ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ହାତକୁ ନିଆଯାଇଛି। ଏତଦ୍‌ବ୍ୟତୀତ, ଗ୍ରାମାଂଚଳ କିଶୋରୀଙ୍କ ପାଇଁ ମଧ୍ୟ ଋତୁସ୍ରାବଜନୀତ ପରିଚ୍ଛନ୍ନତା ଓ ଯତ୍ନ ସମ୍ପର୍କୀତ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଆରମ୍ଭ କରାଯାଇଛି। ଏହା ଜରିଆରେ, ଋତୁସ୍ରାବ ସମୟରେ ଯତ୍ନଶୀଳ ହେବା, ସାନିଟାରୀ ନାପ୍‌କିନ୍‌ର ଉପଯୁକ୍ତ ବ୍ୟବହାର ଓ ନଷ୍ଟ କରିବା ସମ୍ପର୍କରେ କିଶୋରୀମାନଙ୍କୁ ସଚେତନ କରିବାର ଲକ୍ଷ୍ୟ ରହିଛି। ଏହି କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଅଧିନରେ ଛଅଟି ନାପ୍‌କିନ୍ ଥିବା NRHM ବ୍ରାଣ୍ଡରେ "ଫ୍ରି ଡେଜ୍" ନାମରେ ପ୍ୟାକେଟ୍ ଯୋଗାଇବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି। ଗ୍ରାମାଂଚଳ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କର୍ମୀଙ୍କ ମାଧ୍ୟମରେ ପ୍ୟାକେଟ୍ ପ୍ରତି ମାତ୍ର ୬ ଟଙ୍କା ଦରରେ ଏହା ଉପଲବ୍ଧ। ଏଥିପାଇଁ ଆଶାକର୍ମୀଙ୍କୁ ମାସିକ ଗୋଟିଏ ପ୍ୟାକେଟ୍ ସାନିଟାରୀ ନାପ୍‌କିନ୍ ବିନାମୂଲ୍ୟରେ ଯୋଗାଇଦେବା ସହିତ, ପ୍ରତ୍ୟେକ ପ୍ୟାକେଟ ବିକ୍ରୀ ପାଇଁ ୧ ଟଙ୍କା ଲେଖାଏଁ ପ୍ରୋତ୍ସାହନ ରାଶି ପ୍ରଦାନ କରାଯାଏ।କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କ ସୁବିଧା ଦୃଷ୍ଟିରୁ, ସମଗ୍ର ଦେଶରେ କୈଶୋର ଉପଯୋଗୀ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ କ୍ଲିନିକ୍‌ମାନ ଖୋଲାଯାଇଛି। ଏଭଳି ଅଧିକ କ୍ଲିନିକ୍ ଖୋଲାଯିବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଧ୍ୟ କରାଯାଇଛି। ଏଗୁଡ଼ିକ ଜରିଆରେ କିଶୋର-କିଶୋରୀମାନଙ୍କୁ ଆବଶ୍ୟକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସମ୍ପର୍କୀତ ପରାମର୍ଶ ଓ ଡାକ୍ତରୀ ସେବା ଯୋଗାଇବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା କରାଯାଇଛି।

ଡେପୁଟି କମିଶନର, କିଶୋର ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ବିଭାଗ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଓ ପରିବାର କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରଣାଳୟ, ଭାରତ ସରକାର।

ମାତୃଭୂମିର ବୀର ସନ୍ତାନ
ନେତାଜୀ ସୁଭାଷ

"ମୋତେ ରକ୍ତ ଦିଅ- ମୁଁ ତୁମକୁ ସ୍ୱାଧୀନତା ଦେବି । ମାତୃଭୂମିର କ୍ରନ୍ଦନ ସ୍ୱର କର୍ଣ୍ଣଗହ୍ୱରରେ ବାଜି ଆହ୍ୱାନ କରୁଛି । ମା' ଡାକୁଛି ଆସ ବୀର ପୁତ୍ର ଅଗ୍ରସର ହୁଅ ବୀର ଦର୍ପରେ । ମୋତେ ପରାଧୀନତାର ଶିକୁଳିରୁ ମୁକ୍ତ କର । ଏ ହେଉଛି ଜନ୍ମ ମାଟିର ଆହ୍ୱାନ । ଶତ୍ରୁର ସୈନ୍ୟ ଛାଉଣୀ ଭେଦ କରି ପହଂଚିବାକୁ ପଡିବ ଭାରତ ମାଟିରେ । ଦିଲ୍ଲୀ ଚଲୋ ଦିଲ୍ଲୀ ଚଲୋ । ରକ୍ତ ଆଜି ରକ୍ତକୁ ଆହ୍ୱାନ କରୁଛି ।" ନେତାଜୀଙ୍କ ଏହି ମର୍ମସ୍ପର୍ଶୀ ବାଣୀରେ ଫଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ'ର ରକ୍ତ ଗରମ ହୋଇ ଉଠିଲା । ଆଗକୁ ଆଗକୁ କଦମ ପକାଇ ଚାଲିଥାନ୍ତି ସୈନ୍ୟମାନେ । ବର୍ମାର ଘନଜଙ୍ଗଲ ଓ କ୍ଷୁଦ୍ର ପର୍ବତମାଳା ଅତିକ୍ରମ କରୁଥିଲାବେଳେ ନେତାଜୀଙ୍କ ମର୍ମସ୍ପର୍ଶୀ ବାଣୀ ହୃଦୟରେ ଆଣି ଦେଉଥାଏ ଉତେଜନା ଓ ଉନ୍ମାଦନା । ଆଜାଦହିନ୍ଦ ଫୌଜ ଭାରତ ମାଟିରୁ ଇଂରେଜ ସରକାରଙ୍କୁ ବିତାଡିତ କରି ଲାଲକିଲାଠାରେ ତ୍ରିରଙ୍ଗା ପତାକା ଉଡାଇବାର ଏହି ଆହ୍ୱାନରେ ସୈନ୍ୟମାନେ ଭାବବିହ୍ୱଳ ହୋଇ ନିଜର ଘରଦ୍ୱାର, ସୁଖ ସ୍ୱାଚ୍ଛନ୍ଦ, ମାୟା ମମତା ତ୍ୟାଗ କରି ଭାରତମାତା ପାଇଁ ନିଜ ଜୀବନ ଉତ୍ସର୍ଗ କରିଛନ୍ତି ।

୧୯୪୪ ମସିହା ମାର୍ଚ୍ଚ ୧୮ ତାରିଖରେ ଯେତେବେଳେ ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ ଭାରତମାତାର ଚରଣ ସ୍ପର୍ଶ କଲା ନେତାଜୀଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶରେ ସୈନ୍ୟମାନେ ଭାରତ ମାତାର ଧୂଳିକୁ ନେଇ କପାଳରେ ବୋଳିଲେ ଓ ନମସ୍କାର କଲେ । ଆହାଃ କି ଆନନ୍ଦ, କି ଦେଶ ପ୍ରୀତି । ନେତାଜୀଙ୍କ ଦେଶପ୍ରେମର ଏ ହେଉଛି ଜ୍ୱଳନ୍ତ ଉଦାହରଣ । ସେତେବେଳେ ଦ୍ୱିତୀୟ ବିଶ୍ୱଯୁଦ୍ଧରେ ପୃଥିବୀ ଥରହର । ନେତାଜୀ ବେତାର ମାଧ୍ୟମରେ ପୃଥିବୀକୁ ଜଣାଇ ଦେଲେ- ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ ଭାରତ ମାଟି ସ୍ପର୍ଶ କରି ସ୍ୱାଧୀନ ଭାରତର ପତାକା ଉଡାଇଛି ଇମ୍ଫାଲରେ । ନେତାଜୀ ଯୁଦ୍ଧ ଘୋଷଣା ପୂର୍ବରୁ ବିଦେଶରେ ଥାଇ ଅସ୍ଥାୟୀ ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ସରକାର ଗଠନ କରି ସାରିଥିଲେ । ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜକୁ ପୂର୍ଣ୍ଣମାତ୍ରାରେ ସାହାଯ୍ୟ କରିବା ପାଇଁ ଜାପାନ ସରକାର ଚୁକ୍ତିବଦ୍ଧ ହେବା ସହ ସମସ୍ତ ଅସ୍ତ୍ରଶସ୍ତ୍ର ଯୋଗାଇ ଦେଇଥିଲା । ଜାପାନରେ ବନ୍ଦିଥିବା ୩୨ ହଜାର ଭାରତୀୟ ସୈନ୍ୟଙ୍କୁ ନେତାଜୀ ମୁକ୍ତ କରାଇଲେ । ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ ପ୍ରାୟ ୮୦ ଭାଗ ସୈନ୍ୟ ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜରେ ସାମିଲ ହେଲେ । ଭାରତୀୟ ସୈନ୍ୟବାହିନୀର ଉଚ୍ଚପଦସ୍ଥ ଅଫିସର ଶାହାନ୍‌ୱାଜ୍ ଖାଁ, ଭୋଁସଲେ ଆଦି ନେତାଜୀଙ୍କ ଆହ୍ୱାନରେ ଉଦ୍‌ବୁଦ୍ଧ ହୋଇ ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜର ନେତୃତ୍ୱ ନେଲେ । ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜରେ କର୍ଣ୍ଣେଲ ଲକ୍ଷ୍ମୀ ସେହଗଲଙ୍କ ପରି ବହୁ ମହିଳା

୧୯୪୪ ମସିହା ମାର୍ଚ୍ଚ ୧୮ ତାରିଖରେ ଯେତେବେଳେ ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ ଭାରତମାତାର ଚରଣ ସ୍ପର୍ଶ କଲା ନେତାଜୀଙ୍କ ନିର୍ଦ୍ଦେଶରେ ସୈନ୍ୟମାନେ ଭାରତ ମାତାର ଧୂଳିକୁ ନେଇ କପାଳରେ ବୋଳିଲେ ଓ ନମସ୍କାର କଲେ । ଆହାଃ କି ଆନନ୍ଦ, କି ଦେଶ ପ୍ରୀତି । ନେତାଜୀଙ୍କ ଦେଶପ୍ରେମର ଏ ହେଉଛି ଜ୍ୱଳନ୍ତ ଉଦାହରଣ ।

Unfiled Notes Page 49

ସାମିଲ ହୋଇଥିଲେ । ସେତେବେଳେ ବହୁ ମହିଳା ଦେଶପ୍ରେମରେ ଉଦ୍‌ବୁଦ୍ଧ ହୋଇ ଝାନ୍ସିରାଣୀ ରେଜିମେଂଟରେ ଯୁଦ୍ଧବିଦ୍ୟା ତାଲିମ ନେଉଥାନ୍ତି । ନେତାଜୀଙ୍କ ପ୍ରସ୍ତାବ ଅନୁଯାୟୀ ଜାପାନ ସରକାର ବ୍ରିଟିଶ ହାତରୁ ଆଣିଥିବା ଆଣ୍ଡାମାନ୍ ଓ ନିକୋବର ଦ୍ୱୀପପୁଞ୍ଜ ଆଜଦ୍‌ହିନ୍ଦ ସରକାରକୁ ହସ୍ତାନ୍ତର କଲେ ।

ଭାରତରେ ଗାନ୍ଧିଜୀଙ୍କ ନେତୃତ୍ୱରେ ଅସହଯୋଗ ଆନ୍ଦୋଳନ ଚାଲୁ ରହିଥିବାବେଳେ ଆଜାଦହିନ୍ଦ ଫୌଜର ଆକ୍ରମଣ ଓ ବ୍ରିଟିଶ ପତାକା ତଳେ ଥିବା ଭାରତୀୟଙ୍କ ବିଦ୍ରୋହ ଇଂରେଜ ସରକାରଙ୍କୁ ବାଧ୍ୟ କରିବ ଭାରତ ଛାଡିବା ପାଇଁ । ଏହି ସୁଯୋଗ ନେଇ ନେତାଜୀ ଯୁଦ୍ଧ ପାଇଁ ପ୍ରସ୍ତୁତ ହୋଇଥିଲେ । ହଠାତ୍ ଜାପାନ ସରକାର ଉପରେ ଆମେରିକା ଆକ୍ରମଣ କଲା । ନିଜର ଆତ୍ମରକ୍ଷା ପାଇଁ ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜକୁ ଅସ୍ତ୍ରଶସ୍ତ୍ର ଦେବା ପାଇଁ ଜାପାନ ମନା କରିଦେଲା । ତେଣୁ ନେତାଜୀ ସ୍ଥିର କଲେ କିଛି ଦିନ ପାଇଁ ଭାରତ ଆକ୍ରମଣକୁ ସ୍ଥଗିତ ରଖିବା ଏବଂ ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜକୁ ଫେରାଇ ଆଣିବା । ସେତେବେଳେ ଭାରତର କିଛି ଅଂଶ ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ ଅକ୍ତିଆର କରିଥାଏ । ନେତାଜୀ ପଛକୁ ଫେରି ଆସିବା ପାଇଁ ଆଦେଶ ଦେଲେ । ଆଜାଦ୍ ହିନ୍ଦ ଫୌଜର ଦେଶପ୍ରେମ ତ୍ୟାଗ ଓ ବିପ୍ଲବର ବହ୍ନି ଆଜିବି ଅମର ହୋଇ ରହିଛି । ନେତାଜୀ ଥିଲେ ଭାରତ ମାତାର ଯୋଗ୍ୟ ସନ୍ତାନ, ସେ ଥିଲେ ସର୍ବଶ୍ରେଷ୍ଠ ବିପ୍ଳବୀ । ତାଙ୍କର ଅଗ୍ନି ସ୍ଫୁରିତ ବିସ୍ଫୋରକ ବାଣୀ ଦେଶପ୍ରେମର ମହାମନ୍ତ୍ର ସୃଷ୍ଟି କରିଥିଲା । ସେହି ମହାନ ନେତାଙ୍କ କାର୍ଯ୍ୟଧାରା, ଦେଶପ୍ରେମକୁ ଉଜ୍ଜିବିତ ରଖିବା ପାଇଁ ତଥା ଆଜିର ଯୁବପିଢ଼ୀଙ୍କୁ ନେତାଜୀଙ୍କ ଆଦର୍ଶରେ ଅନୁପ୍ରାଣିତ ହେବାପାଇଁ ଭାରତ ସରକାର ଓ ଓଡିଶା ସରକାରଙ୍କ ମିଳିତ ଉଦ୍ୟମରେ ତାଙ୍କର ଜନ୍ମସ୍ଥାନରେ ଏକ ସଂଗ୍ରହାଳୟ କରାଯାଇଛି । ଏହି ସଂଗ୍ରହାଳୟ ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ପାଇଁ ଉନ୍ମୁକ୍ତ ରଖାଯାଇଛି ।

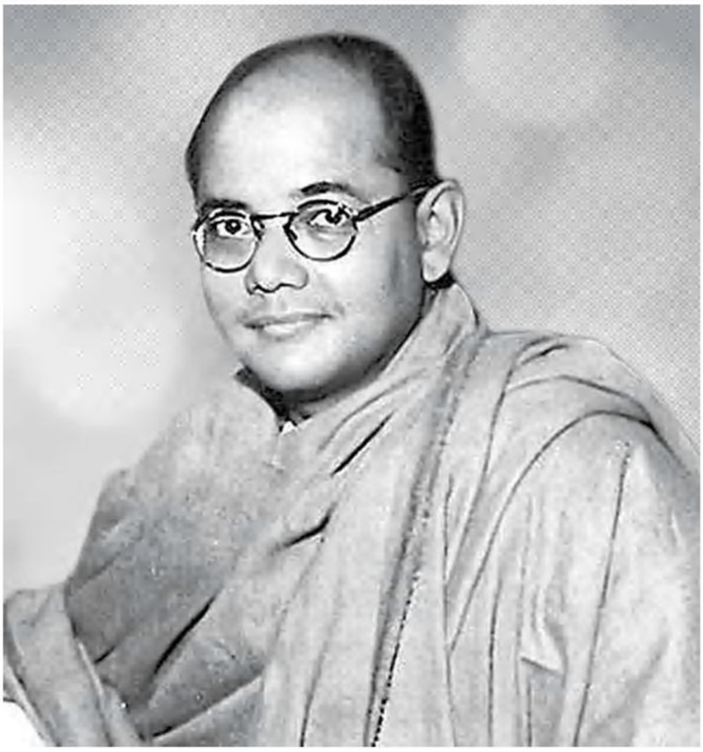
ନେତାଜୀଙ୍କ ଜନ୍ମ : ୧୮୯୭ ମସିହା ଜାନୁଆରୀ ୨୩ ତାରିଖରେ କଟକର ଓଡିଆ ବଜାର ସ୍ଥିତ ଜାନକୀନାଥ ଭବନରେ ଜାନକୀନାଥ ବୋଷ ଓ ପ୍ରଭାବତୀ ଦେବୀଙ୍କ କୋଳମଣ୍ଡନ କରିଥିଲେ ଭାରତମାତାର ଯୋଗ୍ୟ ସନ୍ତାନ ନେତାଜୀ ସୁଭାଷ ଚନ୍ଦ୍ର ବୋଷ ।

ନେତାଜୀଙ୍କ ଜନ୍ମସ୍ଥାନକୁ ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କୁ ହସ୍ତାନ୍ତର : ନେତାଜୀଙ୍କ ପରିବାର ସଦସ୍ୟମାନେ ୧୯୫୪ ମସିହାରେ ନେତାଜୀଙ୍କର ଜନ୍ମସ୍ଥାନ ଓଡିଆ ବଜାର ସ୍ଥିତ ଜାନକୀନାଥ ଭବନ ସହ ମୋଟ ଏକ ଏକର ଜମିକୁ ରାଜ୍ୟ ସରକାରଙ୍କୁ ହସ୍ତାନ୍ତର କରିଥିଲେ । ଏହାପରେ ଏକ ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଏହି ଗୃହରେ 'ନେତାଜୀ ସେବା ସଦନ ନାମରେ' ମହିଳା ଓ ଶିଶୁମାନଙ୍କର ସେବା କରାଇଥିଲେ । ବିଭିନ୍ନ ସ୍ୱେଚ୍ଛାସେବୀ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଓ ରାଜନୈତିକ ବ୍ୟକ୍ତିମାନଙ୍କ ଉଦ୍ୟମ ଯୋଗୁଁ ରାଜ୍ୟ ସରକାର ଓ କେନ୍ଦ୍ରସରକାର ଏହି ସ୍ଥାନକୁ ନେତାଜୀ ସଂଗ୍ରହାଳୟ ପାଇଁ ନିଷ୍ପତି ନେଲେ ।

ନେତାଜୀଙ୍କ ଜନ୍ମସ୍ଥାନ ସଂଗ୍ରହାଳୟ: ଭାରତ ସରକାର ଓ ଓଡିଶା ସରକାରଙ୍କ ମିଳିତ ଉଦ୍ୟମରେ ନେତାଜୀ ଜନ୍ମସ୍ଥାନ ସଂଗ୍ରହାଳୟ ଟ୍ରଷ୍ଟ ଗଠନ କରାଯାଇ ଇନ୍‌ଟାକ୍ ମାଧ୍ୟମରେ

Unfiled Notes Page 50

୧୯୯୯ ମସିହାରୁ କାର୍ଯ୍ୟ ଆରମ୍ଭ ହୋଇ ୨୦୦୪ ମସିହାରେ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ହେଲା । ଏହି ସଂଗ୍ରହାଳୟର ଅଧ୍ୟକ୍ଷ ଭାବେ ମୁଖ୍ୟମନ୍ତ୍ରୀ, ଉପାଧ୍ୟକ୍ଷ ଭାବେ ସଂସ୍କୃତୀ ମନ୍ତ୍ରୀ ଓ କୋଷାଧ୍ୟକ୍ଷ ଭାବେ କଟକ ଜିଲ୍ଲାପାଳ ଦାୟିତ୍ୱ ନେଇଛନ୍ତି । ଏହି ସଂଗ୍ରହାଳୟ ପ୍ରତ୍ନତତ୍ୱ ବିଭାଗ ଅଧିନରେ କାର୍ଯ୍ୟ କରୁଛି ।



ନେତାଜୀଙ୍କ ଜନ୍ମସ୍ଥାନର ଏକ ଏକର ପରିସିମା ମଧ୍ୟରୁ ୩ ଭାଗରୁ ୨ ଭାଗ ସୁନ୍ଦର ବଗିଚା କରାଯାଇଛି । ଏକ ଭାଗ ଅଂଚଳ ମଧ୍ୟରେ ୨ ମହଲା ବିଶିଷ୍ଟ ଘର ରହିଛି ।ଏହି ଘର ଗୁଡିକୁ ୧୨ ଗୋଟି ଗ୍ୟାଲେରୀରେ ବିଭକ୍ତ କରାଯାଇଛି । ଷ୍ଟାଡିୟମ, ପ୍ରାରମ୍ଭିକ ଜୀବନ, କାରାଗାର ଜୀବନ, ରାଜନୈତିକ ଜୀବନ, ନ୍ୟାସନାଲ ବ୍ୟାଙ୍କ ଅଫ୍ ଆଜାଦହିନ୍ଦ ଲିମିଟେଡ୍, ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜ, ଅସ୍ଥାୟୀ ସରକାର (ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ), ଆଜାଦହିନ୍ଦ ରେଡିଓ, ଜନ୍ମ ପ୍ରକୋଷ୍ଟ, ଆଧ୍ୟାତ୍ମିକ ଜୀବନ, ପାରିବାରିକ ଜୀବନ, ପତ୍ରାବଳୀ ଓ ଆସବାସପତ୍ର ରହିଛି । ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ଲାଇବ୍ରେରୀ । ମିଡିଆରୁମ୍‌ରେ ୪୫ ମିନିଟ ପର୍ଯ୍ୟନ୍ତ ଓଡିଆ ଓ ଇଂରାଜୀରେ ନେତାଜୀଙ୍କ ଉପରେ ବୃତ୍ତଚିତ୍ର ପରିବେଷଣ କରାଯାଏ । ସମ୍ମିଳନୀ କକ୍ଷ, ଘୋଡାଶାଳ, ଗ୍ରୀନ୍ ହାଉସ୍, ଲାଇଟ୍ ଓ ସାଉଣ୍ଡ ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି । ନେତାଜୀଙ୍କ ଫଟୋ ଥିବା ଟୋପି, ଚାବିରିଙ୍ଗ, ପୋଷ୍ଟକାର୍ଡ ଓ ପତ୍ରିକା ସୋଭେନ୍ୟୁର କାଂଉଟରରେ ବିକ୍ରି ହେଉଛି ।

ନେତାଜୀ ସୁଭାଷ ଚନ୍ଦ୍ର ବୋଷ ପଶୁପକ୍ଷୀମାନଙ୍କୁ ଭଲ ପାଉଥିଲେ । ଏଣୁ ଏଠାରେ ଫାଇବରରେ ବିଭିନ୍ନ ପଶୁପକ୍ଷୀ ରଖାଯାଇଛି ।ନେତାଜୀ ଗୋଲାପ ଫୁଲକୁ ବେଶୀ ଭଲ ପାଇଥାନ୍ତି । ଏଣୁ ଚଳିତ ବର୍ଷ ବୈଠକରେ ଏକ ଗୋଲାପ ବଗିଚା ପାଇଁ ନିଷ୍ପତି ହୋଇଛି । ଟ୍ରଷ୍ଟ ପକ୍ଷରୁ ଆବଶ୍ୟକୀୟ ଅର୍ଥ ଯୋଗାଇ ଦିଆଯିବ ବୋଲି ନିଷ୍ପତି ହୋଇଛି ।

ନେତାଜୀ ସୁଭାଷ ଚନ୍ଦ୍ର ବୋଷଙ୍କ ଆଧ୍ୟାତ୍ମିକ ଗୁରୁ ହେଉଛନ୍ତି କଟକ ରାହାସ ବିହାରୀ ମଠର ଶ୍ରୀପାଦ ରାମଦାସ ବାବାଜୀ ମହାରାଜ । ସେ ତାଙ୍କୁ ବ୍ରହ୍ମଚର୍ଯ୍ୟ ଓ ଚରିତ୍ର ଗଠନ ଉପରେ ମଣିଷର ମନୁଷ୍ୟତ୍ୱ ଓ କୃତିତ୍ୱ ନୀର୍ଭର କରିଥାଏ ବୋଲି ଉପଦେଶ ଦେଇଥିଲେ । ସୁଭାଷଙ୍କୁ ସ୍ୱାମିଜୀ ଭକ୍ତିଯୋଗ, ଜ୍ଞାନଯୋଗ ଓ ରାଜଯୋଗ ଶିକ୍ଷା ଦେଇଥିଲେ । ତାଙ୍କ ଆଦର୍ଶରେ ସୁଭାଷ ଅନୁପ୍ରାଣିତ ହୋଇଥିଲେ । ଏଣୁ ସଂଗ୍ରାହଳୟରେ ସ୍ୱାମିଜୀଙ୍କ ଫଟୋ ସ୍ଥାନିତ ହେବା ପାଇଁ ଏଣୁ ସଂଗ୍ରହାଳୟର ଆଧ୍ୟାତ୍ମିକ ଗ୍ୟାଲେରୀରେ ସ୍ୱାମିଜୀ ଶ୍ରୀପାଦ ରାମଦାସ ବାବାଜୀ ମହାରାଜାଙ୍କ ଫଟୋ ସ୍ଥାନିତ କରାଯିବ ବୋଲି ଟ୍ରଷ୍ଟ ପକ୍ଷରୁ ନିଷ୍ପତି ହୋଇଛି ।

ନେତାଜୀ ଗଠନ କରିଥିବା ଆଜାଦ ହିନ୍ଦ ଫୌଜରେ ୩୩୬ ଜଣ ଓଡିଆ ସୈନିକ ଭାଗ ନେଇଥିଲେ । ଭାରତ ସ୍ୱାଧୀନତା ପାଇଁ ସେମାନଙ୍କର ଅବଦାନ ଥିଲା । ସେମାନଙ୍କ ମଧ୍ୟରୁ କେତେକ ଆଉ ଇହ ଜଗତରେ ନାହାନ୍ତି । ଯେଉଁ କେତେକ ଅଛନ୍ତି ସେମାନେ ପରିଣତ ବୟସରେ ପଦାର୍ପଣ କରିଛନ୍ତି । ସେମାନଙ୍କ ପରିବାର ସହିତ ସଂପର୍କ ସ୍ଥାପନ କରି ସେମାନଙ୍କର ଫଟୋ ସମ୍ବଳିତ ତଥ୍ୟ ସଂଗ୍ରହାଳୟରେ ସ୍ଥାନୀତ କରାଯିବା ପାଇ ନିଷ୍ପତି ହୋଇଛି । ଏତଦ୍ ବ୍ୟତୀତ ସମସ୍ତ ତଥ୍ୟ ପାଠାଗାରରେ ରଖାଯିବା ଯାହାକି ଗବେଷକ ଓ ଅତିଥିମାନଙ୍କ ପାଇଁ ସହାୟକ ହେବ ।

ପି.ଆଇ.ବି

ସଡକ ସୁରକ୍ଷା ଓ ଆମର କର୍ତବ୍ୟ

ଭାରତରେ ପ୍ରତି ଘଂଟାରେ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ପ୍ରାୟ ୧୩ ଜଣଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ । ସେହିପରି ପୃଥିବୀରେ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମରୁଥିବା ପ୍ରତି ୧୦ ଜଣଙ୍କ ଭିତରୁ ଜଣେ ଭାରତୀୟ ହିଁ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମୃତ୍ୟୁ ମୁଖରେ ପଡିଥାନ୍ତି

ଦେଶର ଉନ୍ନତି ଓ ପ୍ରଗତି ସେ ଦେଶର ଗମନାଗମନ ସୁବିଧା ଉପରେ ଅନେକାଂଶରେ ନିର୍ଭର କରେ । ଯେଉଁ ଦେଶର ଗମନାଗମନ ସୁବିଧା ଯେତେ ପ୍ରଶସ୍ତ ସେ ଦେଶ ବାଣିଜ୍ୟ ବ୍ୟବସାୟ ତଥା ଆର୍ଥିକ ଦୃଷ୍ଟିକୋଣରୁ ସେତେ ସୁଦୃଢ଼ । ଗମନାଗମନ କ୍ଷେତ୍ରରେ ତିନୋଟି ପଥ ଥିଲାବେଳେ ସଡକପଥ ଯେ ଦେଶର ସଂସ୍କୃତି, ସାହିତ୍ୟ, ଆର୍ଥିକ ଅଭିବୃଦ୍ଧି, ସଂହତି ପ୍ରତିଷ୍ଠା ସର୍ବୋପରି ପ୍ରଗତିର ମାପକାଠି ଭାବରେ ବିବେଚିତ, ଏକଥା ସ୍ୱୀକାର ଯୋଗ୍ୟ । ଦେଶର ସଡକପଥ ଯେତେ ଉନ୍ନମାନର, ସେ ଦେଶର ଉନ୍ନତି ସେତେ ସମ୍ଭବ ।

ମାତ୍ର, ସଂପ୍ରତି ଦେଶର ପ୍ରଗତି ଓ ଉନ୍ନତିର ପ୍ରଧାନ ସହାୟକ ହେଉଥିବା ସଡକ ପଥରେ ଦୁର୍ଘଟଣା ନିତ୍ୟନୈମିତିକ ହୋଇଥିଲାବେଳେ ପ୍ରତିଦିନ କେହି ନା କେହି ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରୁଛନ୍ତି । ଏହି ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ଅନେକ ଧନ ଓ ଜୀବନ ନଷ୍ଟ ହେଉଛି । ଯଦି ଏହାକୁ ରୋକାଯାଇ ପାରନ୍ତା ତେବେ ଦେଶର ପ୍ରଗତିର ମାନ କେତେ ବୃଦ୍ଧି ପାଆନ୍ତା ତାହା ବିଚାର କରିବାର କଥା । ଏକ ପରିସଂଖ୍ୟାନ ଅନୁସାରେ ବିଶ୍ୱରେ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ଭାରତରେ ମୃତ୍ୟୁସଂଖ୍ୟା ସର୍ବାଧିକ । ଭାରତରେ ପ୍ରତି ଘଂଟାରେ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ପ୍ରାୟ ୧୩ ଜଣଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ । ସେହିପରି ପୃଥିବୀରେ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମରୁଥିବା ପ୍ରତି ୧୦ ଜଣଙ୍କ ଭିତରୁ ଜଣେ ଭାରତୀୟ ହିଁ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ମୃତ୍ୟୁ ମୁଖରେ ପଡିଥାନ୍ତି । ଯୁକ୍ତରାଷ୍ଟ୍ର ଆମେରିକାରେ ଗାଡି ମୋଟର ସଂଖ୍ୟା ପ୍ରାୟ ୪୬ କୋଟି ଥିଲାବେଳେ ପ୍ରାୟ ୬୫ ଲକ୍ଷ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣା ହୋଇଥାଏ ଓ ପ୍ରାୟ ୪୨ ହଜାର ଲୋକ ଏଥିଯୋଗୁଁ ମୃତ୍ୟୁମୁଖରେ ପଡିଥାନ୍ତି । ମାତ୍ର ଭାରତରେ ଆମେରିକା ତୁଳନାରେ ମାତ୍ର ୭ କୋଟି ୩୦ ଲକ୍ଷ କମ୍ ଗାଡି ମୋଟର ଥିଲାବେଳେ ଦୁର୍ଘଟଣା ସଂଖ୍ୟା ୪ ଲକ୍ଷ ୯୮ ହଜାର ୬୦୦ ଓ ଏଥିଯୋଗୁଁ ୧ ଲକ୍ଷ ୧୪ ହଜାର ୫୯୦ ଜଣଙ୍କର ମୃତ୍ୟୁ ହୋଇଥାଏ, ଯାହାକି ସମଗ୍ର ବିଶ୍ୱରେ ସର୍ବାଧିକ । ଭାରତରେ ପ୍ରତି ଶହେ ଜଣରେ ଦୁଇଚକିଆ ଯାନ ଜନିତ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ଶତକଡା ୨୦.୪୫, ଅଟୋରିକ୍ସା ଜନିତ ଶତକଡା ୪.୦୫, କାର୍, ଜିପ୍ ଓ ଟ୍ୟାକ୍ସି ଜନିତ ଶତକଡା ୧୮.୦୨, ବସ୍‌ଜନିତ ଶତକଡା ୧୦.୮୯, ଟ୍ରକ, ଟେମ୍ପୋ ଓ ଟ୍ରାକ୍ଟର ଜନିତ ଶତକଡା ୩୮.୫୯ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଯାନ ଜନିତ ଶତକଡା ୮ ହାରରେ ଯାତ୍ରୀ ମୃତ୍ୟୁବରଣ କରନ୍ତି । ଦୁର୍ଘଟଣା ସାଧାରଣତଃ ବିଭିନ୍ନ କାରଣରୁ ହେଉଥିବାବେଳେ ମନୁଷ୍ୟକୃତ ଭାବେ ଶତକଡା ୬୩ ଭାଗ, ଯାନ୍ତ୍ରିକ ତ୍ରୁଟି କାରଣରୁ ଶତକଡା ୧୬ ଭାଗ, ରାସ୍ତା ଅବସ୍ଥା କାରଣୁ ଶତକଡା ୪ ଭାଗ, ବୁଲା ପଶୁମାନଙ୍କ କାରଣରୁ ଶତକଡା ୯ ଭାଗ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ କାରଣରୁ ଶତକଡା ୭ ଭାଗ ଦୁର୍ଘଟଣା ହୋଇଥିଲାବେଳେ ପ୍ରତିବର୍ଷ ଶତକଡା ୮ ହାରରେ ଦୁର୍ଘଟଣା ସଂଖ୍ୟା ବଢ଼ି ଚାଲିଛି ।

ସେହିପରି ଯାନବାହନ ସଂଖ୍ୟାକୁ ହିସାବକୁ ନେଲେ ମାର୍ଚ୍ଚ ୨୦୧୫ ସୁଦ୍ଧା ୫୨,୨୬,୫୧୫ ଯାନ ଓଡିଶାରେ ପଞ୍ଜିକୃତ ହୋଇଥିବାବେଳେ ୨୦୧୪-୧୫ ବର୍ଷରେ ମୋଟ୍ ୫,୧୬,୭୮୯ ଯାନ ପଞ୍ଜିକୃତ ହୋଇଛି । ଯାନବାହନ ସଂଖ୍ୟା ଯେଉଁ ଭାବରେ ବଢୁଛି ତାହାକୁ ଦୃଷ୍ଟିରେ ରଖି

Unfiled Notes Page 52

ସରକାର ରାସ୍ତାରେ ନିରାପଦରେ ଗମନାଗମନ ପାଇଁ ଟ୍ରାଫିକ୍ ନିୟମ ପ୍ରଣୟନ ସହ ସଡକ ସୁରକ୍ଷା ସମ୍ପର୍କିତ ବହୁ ନିୟମ ପ୍ରଣୟନ କରିଛନ୍ତି । ମାତ୍ର ଏହାକୁ ମାନୁଛି କିଏ ? ନିୟମ କାନୁନ୍ ଫାଇଲର ଗଦାତଳେ ଚହିପାଉଥିଲାବେଳେ ଗାଡି ଚଳାଉଥିବା ଚାଳକ ତଥା ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ବେପରୁଆ ଗାଡି ଚାଳନା, ଟ୍ରାଫିକ୍ ନିୟମ ନ ମାନି ଗାଡି ଚାଳନା, ନିଶାସକ୍ତ ଅବସ୍ଥାରେ ଗାଡି ଚାଳନା, ଚଂଚଳ ପହଂଚିବାର ମାନସିକତା ନେଇ ଅଯଥା ଟ୍ରାଫିକ୍ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟି ସହ ଅନ୍ୟକୁ ଟପିବାର ବୃଥା ପ୍ରତିଯୋଗିତା, ଗାଡିର ଅବସ୍ଥା ନ ବୁଝି ନ ଜାଣି ଗାଡି ଚାଳନା, ରାସ୍ତାରେ ଗୃହପାଳିତ ପଶୁମାନଙ୍କର ନିର୍ବିଘ୍ନରେ ଭ୍ରମଣ, ନିଜ ଘର ନିର୍ମାଣ ପାଇଁ ନିର୍ମାଣ ସାମଗ୍ରୀମାନ ରାସ୍ତାରେ ଗଦା ହୋଇ ଯାନବାହନ ଯିବାରେ ଅସୁବିଧା ସୃଷ୍ଟି କରିବା, ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସ୍ୱାର୍ଥପାଇଁ ସଡକପଥକୁ ଜବର ଦଖଲ କରି ବ୍ୟବହାର କରିବା, ସର୍ବୋପରି ମନୋମୁଖୀ ଭାବରେ ରାସ୍ତାଖନନ ଓ ଶବ୍ଦ ପ୍ରଦୂଷଣକାରୀ ହର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟବହାର କରିବା ଫଳରେ ଶବ୍ଦ ପ୍ରଦୂଷଣ ସହ ଦୁର୍ଘଟଣା ବଢ଼ିଚାଲିଛି । ଏଥିପ୍ରତି କାହାର ଯେ ନିଘା ନାହିଁ ତା' ନୁହେଁ ବରଂ ଯେଉଁମାନେ ଏଥିପ୍ରତି ଯତ୍ନବାନ ହେଉଛନ୍ତି, ସେମାନେ ବିଭିନ୍ନ ସମସ୍ୟାର ସମ୍ମୁଖୀନ ହେଉଛନ୍ତି । ଯଦି କୌଣସି ଉପରିସ୍ଥ ହାକିମଙ୍କ ଗାଡିକୁ ଟ୍ରାଫିକ୍ ପୋଲିସ୍ ସଡକ ସୁରକ୍ଷା ସମ୍ପର୍କିତ କୌଣସି କାରଣରୁ ଅଟକାଉଛି ବା କିଛି ଜୋରିମାନା ଆଦାୟ କରୁଛି, ତେବେ ଉକ୍ତ ଟ୍ରାଫିକ୍ ପୋଲିସ୍‌ଟିର ବଦଳି ବା ଚାକିରିରୁ ନିଲମ୍ବିତ ହେଲାପରି ପରିସ୍ଥିତି ସୃଷ୍ଟି ହେଉଛି । ଜନଗହଳି ଅଂଚଳରେ ବଡବଡିଆମାନେ ଗାଡିଗୁଡିକୁ ଥୋଇ ନିର୍ବିଘ୍ନରେ ସାମଗ୍ରୀମାନ କିଣୁଥିଲାବେଳେ ସେମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଯେ ଟ୍ରାଫିକ୍ ସମସ୍ୟା ବୃଦ୍ଧି ପାଉଛି ତାହା ବୁଝିବାକୁ ସେମାନେ ନାରାଜ । ସେହିପରି ଟ୍ରାଫିକ୍ ନିୟମ ନ ମାନି ଗମନାଗମନ ପାଇଁ ଉପଯୁକ୍ତ ଅବସ୍ଥାରେ ନଥିବା ଯାନବାହାନ ଗୁଡିକ ବିନା ପଞ୍ଜିକରଣ ଓ ସରକାରୀ ଆଦେଶବିନା ରାସ୍ତାରେ ଚାଲିବା ଫଳରେ ଦୁର୍ଘଟଣା ମାତ୍ରା ବୃଦ୍ଧି ପାଉଛି । ବିଭାଗୀୟ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ ତନଖି କରି ଏହି ଯାନବାହନର ମାଲିକ ତଥା ଡ୍ରାଇଭରମାନଙ୍କୁ ଜୋରିମାନା ଆଦାୟ କରୁଥିଲେ ମଧ୍ୟ ପୁନର୍ବାର ଉକ୍ତ ଯାନବାହନ ଗୁଡିକ ଯଥାପୂର୍ବ ତଥା ପରଂ ନ୍ୟାୟରେ ରାସ୍ତାରେ ଚାଲିବା ଫଳରେ ଏହା ପ୍ରହସନରେ ପରିଣତ ହୋଇଛି । ଯଦି ଏହି ଗାଡିଗୁଡିକୁ ସଂପୂର୍ଣ୍ଣ ବ୍ୟାଜାପ୍ତ କରାଯାଆନ୍ତା ତେବେ ଦୁର୍ଘଟଣା ଓ ପ୍ରଦୂଷଣ ରୋକାଯିବା ସହ ଧନଜୀବନ ରକ୍ଷା ହୁଅନ୍ତା । ଅନେକ ସମୟରେ ଲକ୍ଷ୍ୟ କରାଯାଇଛି ନିରାପତା ବା ଟ୍ରାଫିକ୍ ଦାୟିତ୍ୱରେ ଥିବା କିଛି କର୍ମଚାରୀ ବେନିୟମରେ ଗାଡି ଚଳାଉଥିବା ଚାଳକ ତଥା ଗାଡିଗୁଡିକୁ ନିଜର ପକେଟ ଖର୍ଚ୍ଚ କିଛି ନେଇ ଛାଡି ଦେଉଛନ୍ତି । ନୋ ପାର୍କିଂ ଅଂଚଳରେ ଗାଡି ମଧ୍ୟ ପାର୍କିଂ କରାଯାଇ ଅଯଥା ଟ୍ରାଫିକ୍ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟି ହେଉଛି । ଏହା ଫଳରେ ରାଜସ୍ୱ ଆଦାୟ ତ କମୁଛି, ମାତ୍ର ଏହିପରି କେତେକ ଅସାଧୁ କର୍ମଚାରୀଙ୍କ ହେତୁ ଉକ୍ତ ଗାଡି ତଥା ଚାଳକମାନେ ଦୁର୍ଘଟଣାର କାରଣ ହେଉଛନ୍ତି ।

ସଂପ୍ରତି ରାସ୍ତା ଦୁର୍ଘଟଣା ଦେଶରେ ଏକ ମୁଖ୍ୟ ବିପର୍ଯ୍ୟୟ ପ୍ରତୀକ ହୋଇଥିଲାବେଳେ ଉପରୋକ୍ତ ବିଷୟ ପ୍ରତି ଧ୍ୟାନ ଦେଇ ଏଥିପ୍ରତି ସଚେତନ ହେବା ଯେତିକି ଜରୁରୀ, ନିଜେ ସଚେତନ ହୋଇ ଅନ୍ୟକୁ ସଚେତନ କରିବା ସେତିକି ଆବଶ୍ୟକ । ସରକାର ବା ବେସରକାରୀ ଅନୁଷ୍ଠାନ ଓ ଗଣମାଧ୍ୟମଗୁଡିକ ଦୁର୍ଘଟଣା ନିରାକରଣ ଓ ଶବ୍ଦ ପ୍ରଦୂଷଣ ଦୂର ପାଇଁ କାର୍ଯ୍ୟପନ୍ଥା ଗ୍ରହଣ କରିବା ସହ ଏଥିପ୍ରତି ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ସଚେତନତା ସୃଷ୍ଟି କରିବା ଉଚିତ ।

ଏବେ ଆଉ ଗୋଟାଏ କଥା ଚିନ୍ତାର କାରଣ ହୋଇଛି । ସ୍କୁଲ ପିଲାଙ୍କୁ ନେଇ ଯାଉଥିବା ବସ୍, ତିନିଚକିଆ ଯାନ ଓ କାର ଗୁଡିକରେ ଅଣସ୍ୱୀକୃତିପ୍ରାପ୍ତ ଗ୍ୟାସ କିଟ୍ ତଥା ଇନ୍ଧନ ଭାବେ ରନ୍ଧନ ଗ୍ୟାସ ବ୍ୟବହାର ଦୁର୍ଘଟଣାର କାରଣ ହେଉଛି । ସେହିପରି ଆବଶ୍ୟକତା ଠାରୁ ଅଧିକ ପିଲାଙ୍କୁ ମଧ୍ୟ ଗାଡିରେ ନେବା ଫଳରେ ଚାଳକଟି ଦୁର୍ଘଟଣା ଘଟାଉଛି । ସ୍କୁଲ ପିଲାଙ୍କୁ ନେଇ ଯାଉଥିବା ଗାଡିଗୁଡିକ ଅତି କମ୍‌ରେ ୧୩ ଚିକିଆ ସିଟ୍ ଥିବା ଯାନ ହୋଇଥିବା ଦରକାର ଓ ଡ୍ରାଇଭରର ଡ୍ରାଇଭିଂ ଲାଇସେନ୍ସ ଥାଇ ଗାଡି ଚଳାଚଳ କ୍ଷେତ୍ରରେ ଅତି କମ୍‌ରେ ୫ ବର୍ଷର ଅଭିଜ୍ଞତା ଥିବାର ନିୟମ ଥିଲାବେଳେ ଏହାକୁ ପାଳନ କରିବା ପ୍ରତ୍ୟେକ ସ୍କୁଲ୍ କର୍ତ୍ତୃପକ୍ଷ, ବାପମାଆ, ପରିବହନ ଅଧିକାରୀ, ପୋଲିସ୍ ଅଧିକାରୀ , ଜନସାଧାରଣଙ୍କର ପରମ କର୍ତ୍ତବ୍ୟ ହୋଇଥିଲାବେଳେ ଏ କ୍ଷେତ୍ରରେ ସମସ୍ତେ ଯତ୍ନବାନ ହେବା ଉଚିତ । ଏଥିପାଇଁ ସରକାର ପ୍ରୟାସ ଆରମ୍ଭ କରିବା ବେଳେ ସମସ୍ତଙ୍କର ସହଯୋଗ ଏଥିରେ ସଫଳତା ଆଣିଦେବ ବୋଲି ଆଶା କରାଯାଏ । ଓଡିଶାରେ କେବଳ ଭୁବନେଶ୍ୱରକୁ ଛାଡିଦେଲେ କୌଣସି ସହର ନିର୍ଦ୍ଦିଷ୍ଟ ମାଷ୍ଟରପ୍ଲାନ୍‌ରେ ତିଆରି ହୋଇନାହିଁ ଓ ରାସ୍ତା ପଶସ୍ତ ନ ଥିବା କାରଣରୁ ଟ୍ରାଫିକ୍ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟି ସହ ଦୁର୍ଘଟଣାମାନ ହେଉଛି । ଏହାକୁ ରୋକିବା ପାଇଁ ଓଭରବ୍ରିଜ୍ ନିର୍ମାଣ ଯେତିକି ଆବଶ୍ୟକ, ସେହିପରି ଗାଡି ଚଳାଇବାବେଳେ ସୁରକ୍ଷା ବେଲ୍‌ଟ ବାନ୍ଧିବା, ହେଲ୍‌ମେଟ୍ ପିନ୍ଧିବା, ନିଶାସକ୍ତ ହୋଇ ଗାଡି ନ ଚଳାଇବା, ଗାଡି ଚାଳନା ବେଳେ ଆଦୌ ମୋବାଇଲ୍ ଫୋନ୍ ବ୍ୟବହାର ନ କରିବା, ଗାଡି ଚଳାଇବାବେଳେ ପଥଚାରୀଙ୍କ ପ୍ରତି ସତର୍କ ଦୃଷ୍ଟି ଦେବା, ଶାରୀରିକ ଅକ୍ଷମ ବ୍ୟକ୍ତିଙ୍କୁ ଦେଖିଲେ ଓ ଜେବ୍ରା କ୍ରସିଂ ନିକଟରେ ଗାଡି ଧୀରେ ଚଳାଇବା ବା ଅଟକାଇବା ସହ ପ୍ରତ୍ୟେକ ଡ୍ରାଇଭର ନିଜର ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ଲେନ୍‌ରେ ଯିବା ଉଚିତ୍ । ଏହାବ୍ୟତୀତ ଚଂଚଳ ଯିବାର ମାନସିକତା ନେଇ ଦ୍ରୁତ ଗତିରେ ଗାଡି ଚଳାଇବା ବା ଲାଇନ୍ ଭାଙ୍ଗି ଅଯଥା ଟ୍ରାଫିକ୍ ସମସ୍ୟା ସୃଷ୍ଟି କରିବା ଯେପରି ଉଚିତ ନୁହେଁ ସେହିପରି ପଥଚାରୀ ଓ ଦୁଇଚକିଆ ଯାନ ପାଇଁ ଉଦ୍ଦିଷ୍ଟ ସଡକପଥକୁ ମାଡିଯିବା ପ୍ରତି ସତର୍କ ରହି ଗାଡି ଚଳାଇବା ଉଚିତ । ନଚେତ୍ ସମୟ ଆସିବ ସଡକ ଦୁର୍ଘଟଣାରେ ପ୍ରତିଦିନ ମୃତ୍ୟୁହାର କୌଣସି ବଡ ପ୍ରାକୃତିକ ବିପର୍ଯ୍ୟୟଠାରୁ ବହୁ ଗୁଣରେ ବୃଦ୍ଧି ପାଇବ ।

ପି.ଆଇ.ବି

Unfiled Notes Page 53

ଆପଣ ଜାଣିଛନ୍ତି କି ?

ସାଉଥ ଏସିଆନ ଗେମ୍ସ-୨୦୧୬

ସାଉଥ ଏସିଆନ ଗେମ୍ସ ହେଉଛି ବହୁରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ଓ ବିଭିନ୍ନ କ୍ରୀଡ଼ାଭିତିକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ଯାହାକି ଦକ୍ଷିଣ ଏସିଆର କ୍ରୀଡ଼ାବିତଙ୍କୁ ନେଇ ପ୍ରତି ଦୁଇ ବର୍ଷରେ ଥରେ ଅନୁଷ୍ଠିତ ହୋଇଥାଏ। ଏହା ଅଲିମ୍ପିକ କାଉନସିଲ ଅଫ ଏସିଆର ଅନ୍ତର୍ଭୁକ୍ତ ଏବଂ ୧୯୮୩ରେ ଗଠିତ ଦକ୍ଷିଣ ଏସିଆ ଅଲିମ୍ପିକ କାଉନସିଲ ଦ୍ୱାରା ପରିଚାଳିତ ହୋଇଥାଏ। ଏହି ଗେମ୍ସକୁ ଅତୀତରେ ଅଲିମ୍ପିକ କ୍ରୀଡ଼ାର ଦକ୍ଷିଣଏସୀୟ ରୂପାନ୍ତର ବୋଲି ବିଚାର କରାଯିବା ସହ କ୍ରୀଡ଼ା ଓ ସୁସ୍ଥ ଜୀବନଯାପନର ବାର୍ତାକୁ ପ୍ରସାରିତ କରିବା ତଥା ଦେଶ ବା ସେମାନଙ୍କ ଅଂଚଳରେ ପ୍ରତିନିଧିତ୍ୱ ଉପରେ ଗୁରୁତ୍ୱ ଦିଆଯାଉଥିଲା। ୧୯୮୪ରେ ପ୍ରଥମ ଥର ପାଇଁ ନେପାଳର କାଠମାଣ୍ଡୁରେ ସାଉଥ ଏସିଆନ ଗେମସ ଅନୁଷ୍ଠିତ ହୋଇଥିଲା। ୨୦୦୪ରେ ୩୨ତମ ଦକ୍ଷିଣ ଏସିଆ ଅଲିମ୍ପିକ କାଉନସିଲ ବୈଠକରେ ଏହାର ନାମ ସାଉଥ ଏସିଆନ ଫେଡେରେସନ ଗେମସରୁ ସାଉଥ ଏସିଆନ ଗେମସ ନାମକୁ ପରିବର୍ତନ କରାଯାଇଥିଲା।

ସମ୍ପ୍ରତି ଏହି ସଂଘରେ ରହିଛନ୍ତି ୮ଟି ରାଷ୍ଟ୍ର। ସେଗୁଡ଼ିକ ହେଲା ଆଫଗାନିସ୍ତାନ, ବାଂଲାଦେଶ, ଭୁଟାନ, ଭାରତ , ମାଳଦ୍ୱୀପ, ନେପାଳ, ପାକିସ୍ତାନ ଓ ଶ୍ରୀଲଙ୍କା। ୧୨ଶ ସାଉଥ ଏସିଆନ ଗେମ୍ସ ଆସନ୍ତା ୬ ଫେବୃଆରୀରି ୧୬ ଫେବୃଆରୀ ୨୦୧୬ ଯାଏ ଆସାମର ଗୁଆହାଟି ଓ ମେଘାଳୟର ଶିଲଂରେ ଅନୁଷ୍ଠିତ ହେବ। ଏହି ଗେମ୍ସର ମୂଳ ସଂଗୀତ ରହିଛି: "ଏଇ ପୃଥିବୀ ଏକ କ୍ରୀଡ଼ାଙ୍ଗନ" ଅର୍ଥାତ ପୃଥିବୀଟି ହେଉଛି ଏକ ଖେଳପଡ଼ିଆ। ଏହି ଗୀତଟିକୁ ରଚନା କରିଥିଲେ ଆସାମର ପ୍ରସିଦ୍ଧ ଗୀତିକାର, କବି, ସଂଗୀତଜ୍ଞ, ଫିଲ୍ମନିର୍ମାତା ସ୍ୱଗର୍ତ ଡଃ. ଭୂପେନ ହଜାରିକା। ଏହି କ୍ରୀଡାର ମାସ୍କଟ ରହିଛି ତିଖୋର ଯାହାର ଅର୍ଥ ହେଲା -ଯିଏକି ତୀକ୍ଷ୍ଣ, ଦୁଷ୍ଟ, ସ୍ଫୂର୍ତ ଓ ଆଧୁନିକ। ଏହି ଗେମ୍ସ ପାଇଁ ବି ଏହା ହେବ ବ୍ରାଣ୍ଡ ଆମ୍ବାସାଡର। ଏହି ଲୋଗୋରେ ରହିଛି ୮ଟି ପାଖୁଡ଼ା ଯାହାକି ଏହି ଗେମ୍ସରେ ସାମିଲ ହେଉଥିବା ୮ଟି ରାଷ୍ଟ୍ରର ପ୍ରତୀକ। ଏହି ପାଖୁଡ଼ାଗୁଡ଼ିକ ଘଂଟାକଂଟା ଘୂରିବା ପରି ଘୂରିଥାନ୍ତି ଯାହାକି କ୍ରୀଡ଼ାର ସକରାତ୍ମକ ଉତ୍ସାହର ପ୍ରତୀକ।

ଭାରତୀୟ ଅଲିମ୍ପିକ ଆସୋସିଏସନ ସହ ପରାମର୍ଶ କରି ଗେମ୍ସର ଯୋଜନା, ପରିଚାଳନା ଓ କାର୍ଯ୍ୟକାରିତା ସକାଶେ ଭାରତ ସରକାର ଆୟୋଜକ କମିଟି ଓ କାର୍ଯ୍ୟନିର୍ବାହୀ କମିଟି ଗଠନ କରିଛନ୍ତି। ପରିଚାଳନା ସକାଶେ ଆୟୋଜକ କମିଟି ହେବ ତୁଙ୍ଗ ଯାହାର ଅଧକ୍ଷ ରହିବେ ଭାରତର କ୍ରୀଡା ମନ୍ତ୍ରୀ। ଏହି ଗେମ୍ସରେ ରହିବ ୨୩ଟି ପ୍ରତିଯୋଗିତା ଏବଂ ସଦସ୍ୟ ରାଷ୍ଟ୍ରରୁ ଭାଗ ନେବେ ୧୫୦୦ କ୍ରୀଡ଼ାବିତ ଭାଗନେବେ ବୋଲି ଆଶା କରାଯାଉଛି।

Unfiled Notes Page 54

ନାଗରିକ କୈନ୍ଦ୍ରିକ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସେବା ସଂକ୍ରାନ୍ତ ୪ଟି ନୂଆ ଆଇଟିଭିତିକ ପଦକ୍ଷେପ ଘୋଷିତ

ଗର୍ଭବତୀମାନଙ୍କ ପାଇଁ ଏକ ସ୍ୱତନ୍ତ୍ର କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରସ୍ତୁତ କରାଯାଇଛି। ପ୍ରଥମ ପଦକ୍ଷେପ ସ୍ୱରୂପ 'କିଲକାରି' ନାମକ ଏକ ଅଡ଼ିଓଭିତିକ ମୋବାଇଲ ସେବା ଆରମ୍ଭ ହୋଇଛି। ଏଥିରେ ପ୍ରତି ସପ୍ତାହରେ ଗର୍ଭାବସ୍ଥା, ଶିଶୁ ଜନ୍ମ ଓ ଶିଶୁ ଯତ୍ନ ସମ୍ପର୍କରେ ସାପ୍ତାହିକ ଅଡ଼ିଓ ବାର୍ତ୍ତା ଆସିବ। ପ୍ରତ୍ୟେକ ଗର୍ଭବତୀ ଓ ପ୍ରସୂତିଙ୍କ ନାମ ଏକ ୱେବ ଓ ନାମଭିତିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା ମଦର ଆଣ୍ଡ ଚାଇଲଡ ଟ୍ରାକିଂ ସିଷ୍ଟମ (ଏମସିଟିଏସ)ରେ ପଞ୍ଜିକରଣ କରାଯିବ। ପଞ୍ଜିକୃତ ମହିଳାମାନଙ୍କ ନିକଟକୁ ସେମାନଙ୍କ ଗର୍ଭାବସ୍ଥାର ସ୍ତର ବା ଶିଶୁର ବୟସ ଅନୁସାରେ ପ୍ରଯୁଜ୍ୟ ପରାମର୍ଶ ସମ୍ପର୍କିତ ଅଡ଼ିଓ ବାର୍ତ୍ତା ଆସିବ। ଗର୍ଭଧାନର ୪ମାସଠାରୁ ଆରମ୍ଭ କରି ଶିଶୁକୁ ଏକ ବର୍ଷ ହେବା ଯାଏ ଉପଭୋକ୍ତାମାନଙ୍କ ନିକଟକୁ ୭୨ଟି ବାର୍ତ୍ତା ଆସିବ। ହାରାହାରି ପ୍ରତି ବାର୍ତ୍ତାର ଅବଧି ରହିବ ୨ ମିନଟ। ମାତୃତ୍ୱକାଳୀନ ଓ ଶିଶୁ ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ନେଇ ଏକ ଉନ୍ନତ ବାତାବରଣ ପ୍ରତିଷ୍ଠା କରିବା କ୍ଷେତ୍ରରେ ମା ଓ ପିତାମାତାଙ୍କୁ ସୁଶିକ୍ଷିତ କରିବା ଲାଗି ଏହି ବାର୍ତ୍ତା ପ୍ରକୃଷ୍ଟ ଭୂମିକା ନିର୍ବାହ କରିବ। ଉପଭୋକ୍ତାମାନଙ୍କୁ ଏହି ସେବା ମାଗଣାରେ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ। ପ୍ରଥମ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏହି ବ୍ୟବସ୍ଥାରେ ଓଡ଼ିଶା, ଝାଡ଼ଖଣ୍ଡ, ଉତରପ୍ରଦେଶ, ଉତରାଖଣ୍ଡ, ମଧ୍ୟପ୍ରଦେଶ ଓ ରାଜସ୍ଥାନର ଗର୍ଭବତୀ ଓ ପ୍ରସୂତିମାନଙ୍କୁ ବାର୍ତ୍ତା ପଠାଯିବ। ପ୍ରଥମ ପର୍ଯ୍ୟାୟରେ ଏହି ବାର୍ତ୍ତା ହିନ୍ଦି, ଇଂରାଜୀ ଓ ଓଡ଼ିଆ ଭାଷାରେ ପଠାଯିବ। ସମଗ୍ର ଦେଶରେ ଏହି ଯୋଜନା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରିବା ପାଇଁ ପର୍ଯ୍ୟାୟ କ୍ରମେ ଅନ୍ୟ ଭାଷାର ବ୍ୟବହାର କରାଯିବ। ଏହି ଯୋଜନାରେ ବାର୍ଷିକ ୨ କୋଟି ଗର୍ଭବତୀ ଓ ୨ କୋଟି ଶିଶୁ ଉପକୃତ ହୋଇପାରିବେ।

ଏକ ମୋବାଇଲଭିତିକ ବ୍ୟବସ୍ଥା- ମୋବାଇଲ ଆକାଡେମୀ ପ୍ରତିଷ୍ଠା କରାଯାଇଛି ଯଦ୍ୱାରା ମୋବାଇଲ ସେବା ବ୍ୟବହାର ଜରିଆରେ ବହୁସଂଖ୍ୟକ ଆଶାକର୍ମୀଙ୍କୁ ପ୍ରଶିକ୍ଷଣ ପ୍ରଦାନ କରାଯିବ। ଏହା ଯୋଗୁ ସେମାନଙ୍କୁ ଆନ୍ତର୍ନିହିତ ପାରଦର୍ଶିତାର ବୃଦ୍ଧି ହୋଇପାରିବ। ଥରେ ପଞ୍ଜିକୃତ ହେଲେ ଜଣେ ଆଶା କର୍ମୀ ତାଙ୍କର ମୋବାଇଲ ଫୋନ ଜରିଆରେ ୨୪୦ ମିନଟର କୋର୍ସ ସମ୍ପର୍କରେ ଅବଗତ ହୋଇପାରିବେ। ପରେ ସେମାନଙ୍କ ନିଜ ସୁବିଧା ଅନୁସାରେ ସେମାନେ ମାମୁଲି ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଶେଷ କରିପାରିବେ। ଡିଜିଟାଲ ବୁକମାର୍କିଂ ପ୍ରଯୁକ୍ତି ଜରିଆରେ ଆଶାକର୍ମୀ ସେମାନଙ୍କ ନିଜ ଚାହିଦା ଅନୁସାରେ ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଶେଷ କରିବେ। ପାଠ୍ୟକ୍ରମକୁ ୧୧ଟି ବିଭାଗରେ ବିଭକ୍ତ କରାଯାଇଛି ଏବଂ ପ୍ରତି ବିଭାଗରେ ରହିଛି ୪ଟି ବିଷୟ। ପ୍ରତି ବିଭାଗର ଶେଷରେ ଏକ କ୍ୱିଜ ରହିଛି। ଧାର୍ଯ୍ୟ ମାର୍କରୁ ଅଧିକ ମାର୍କ ରଖି ସଫଳତାର ସହ ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଶେଷ କଲେ ଆଶାକର୍ମୀଙ୍କୁ ସରକାରଙ୍କଠାରୁ ପାଠ୍ୟକ୍ରମ ଶେଷ ସଂକ୍ରାନ୍ତ ପ୍ରମାଣପତ୍ର ମିଳିବ।

ପରିବର୍ଦ୍ଧିତ ଜାତୀୟ ଯକ୍ଷ୍ମା ନିୟନ୍ତ୍ରଣ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ (ଆରଏନଟିସିପି)କୁ ଅଧିକ ରୋଗୀକୈନ୍ଦ୍ରିକ କରାଯାଇଛି। ଏକ କଲ୍ ସେଂଟର ସହ ଏକ ଉତ୍ସର୍ଗୀକୃତ ନିଃଶୁଳ୍କ ନମ୍ବର ୧୮୦୦-୧୧-୬୬୬୬ କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇଛି ଯଦ୍ୱାରା ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ପରାମର୍ଶ ଦେବା ଓ ସେମାନଙ୍କ ଚିକିତ୍ସା ନେଇ ଦିନରାତି ସୂଚନା ମିଳିପାରୁଛି। ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ଉପଯୁକ୍ତ ପରାମର୍ଶ ଦେବା ସହ ଆରଏନଟିସିପି ସେବା ସହ ରୋଗୀମାନଙ୍କୁ ସମ୍ପର୍କିତ କରିବା ଦିଗରେ କଲସେଣ୍ଟର ପଦକ୍ଷେପ ନେଉଛି। ଏହି କଲ ସେଂଟରଗୁଡ଼ିକରେ ଅଭିଜ୍ଞ ବ୍ୟକ୍ତିମାନେ ରହିଥାନ୍ତି। ଏହି ଯୋଜନାରେ ରୋଗନିର୍ଣ୍ଣୟ, ଚିକିତ୍ସା, ଚିକିତ୍ସା ଶେଷ ଯାଏ ସହାୟତା ସକାଶେ ରୋଗୀମାନେ ଉପରୋକ୍ତ ଜାତୀୟ ନିଃଶୁଳ୍କ ନମ୍ବରକୁ ମିସଡ କଲ ଦେବେ ବା କଲ୍ କରିପାରିବେ। ପଞ୍ଜାବ, ହରିଆନା, ଚଣ୍ଡିଗଡ ଓ ଦିଲ୍ଲୀରେ ଏହି ବ୍ୟବସ୍ଥା କାର୍ଯ୍ୟକାରୀ କରାଯାଇଛି।

ତମାଖୁ ଛାଡ଼ିବା ପାଇଁ ସେବନକାରୀମାନଙ୍କୁ ସହାୟତା କରିବା ସକାଶେ ଘୋଷିତ ହୋଇଛି ଆଇଟିଭିତିକ 'ଏମ-ସେସେସନ' କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ। ଏକ ହେଲପଲାଇନ ଭିତିରେ ଏହି ଯୋଜନା ପ୍ରସ୍ତୁତ ହୋଇଛି ଯେଉଁଠି ମିସଡ କଲ ଜରିଆରେ ଉପଭୋକ୍ତାମାନଙ୍କୁ ପଞ୍ଜିକୃତ କରାଯିବ। ଦ୍ୱୈତ ଏସଏମଏସ ପ୍ରକ୍ରିୟାରେ ପରାମର୍ଶ ପ୍ରଦାନ କରିବାର ବ୍ୟବସ୍ଥା ରହିଛି।

YOJANA (Odia) : Monthly **February 2016** **RNI No. 57203/93**
ISSN 0971-8346 Total Number of Pages (76) **₹ 20.00** **Annual Subscription : Rupees One Hundred Only**

କେନ୍ଦ୍ରୀୟ ତଥା ରାଜ୍ୟ ସିଭିଲ ସର୍ଭିସ ଆଶାୟୀ ପ୍ରତିଯୋଗୀମାନଙ୍କୁ ଏକ ଆହ୍ୱାନ

ସମ୍ମାନଜନକ ସିଭିଲ ସର୍ଭିସ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ନିଯୁକ୍ତି ସଂକ୍ରାନ୍ତ ପ୍ରତିଯୋଗିତାମୂଳକ ପରୀକ୍ଷା ପାଇଁ ନିଜ ନିଜକୁ ଉପଯୁକ୍ତ ପ୍ରତିଯୋଗୀ ରୂପେ ଗଢ଼ିତୋଳନ୍ତୁ ।

ଯୋଜନା ପଢ଼ନ୍ତୁ ଏବଂ ଜ୍ଞାନ ପରିସର ପରିବ୍ୟାପ୍ତ କରନ୍ତୁ ।

ଯୋଜନା, ଦେଶର ବିଭିନ୍ନ ଉନ୍ନୟନମୂଳକ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ ପ୍ରତି ସମର୍ପିତ, ଜାତୀୟ ତଥା ସାଂପ୍ରତିକ ଜ୍ୱଳନ୍ତ ସମସ୍ୟାବଳୀ, ଅର୍ଥନୈତିକ ଓ ସାମାଜିକ ବିକାଶ, କୃଷି, ଶିଳ୍ପ, ବାଣିଜ୍ୟ, ପରିବହନ, ଯୋଗାଯୋଗ, ଖାଉଟୀସୁରକ୍ଷା, ପରିବେଶ ସଂରକ୍ଷଣ, ପଞ୍ଚାୟତିରାଜ ଏବଂ ଗ୍ରାମ୍ୟ ଉନ୍ନୟନ ବିଷୟ ସାଙ୍ଗକୁ ସାଂସ୍କୃତିକ ତଥା ମହିଳା, ଯୁବ ଓ ଶିଶୁ ବିକାଶ ଇତ୍ୟାଦି ବିଷୟରେ ସୁପ୍ରତିଷ୍ଠିତ ଗବେଷକ ତଥା ବିଶେଷଜ୍ଞମାନଙ୍କ ଦ୍ୱାରା ଲିଖିତ ବିଶ୍ଳେଷଣାତ୍ମକ ପ୍ରବନ୍ଧମାନ ପ୍ରକାଶ କରିଥାଏ । ଯୋଜନା ନିୟମିତ ପଠନ ଦ୍ୱାରା ବିଭିନ୍ନ ପ୍ରତିଯୋଗିତାମୂଳକ ପରୀକ୍ଷାର୍ଥୀ, ମହାବିଦ୍ୟାଳୟ ତଥା ବିଶ୍ୱବିଦ୍ୟାଳୟର ଛାତ୍ରଛାତ୍ରୀ, ଅଧ୍ୟାପକ, ଗବେଷକ, ବୁଦ୍ଧିଜୀବୀ ତଥା ଜ୍ଞାନପିପାସୁ ସାଧାରଣ ପାଠକ ପାଠିକା ଉପକୃତ ହେଉଛନ୍ତି ।

ଆପଣ ମଧ୍ୟ କାହିଁକି ଉପକୃତ ହେବେ ନାହିଁ ?

ଯୋଜନାର ଗ୍ରାହକ ହୁଅନ୍ତୁ ଏବଂ ନିଯୁକ୍ତି କ୍ଷେତ୍ର ଲାଗି ନିଜକୁ ଉପଯୁକ୍ତ ପ୍ରତିଯୋଗୀ ରୂପେ ଗଢ଼ି ତୋଳନ୍ତୁ ।

ଓଡ଼ିଶାରେ ଯୋଜନା ପତ୍ରିକାର ମୁଖ୍ୟ ଏଜେଣ୍ଟ

* ଅକ୍ଷୟ କୁମାର ନାୟକ, ବସଷ୍ଟାଣ୍ଡ ବୁକ୍ ଷ୍ଟଲ, ଭୁବନେଶ୍ୱର -୯ * ମାଧବ ବୁକ୍ ଷ୍ଟୋର, ବାଦାମବାଡ଼ି, କଟକ -୯ * ମୂର୍ତ୍ତି ନ୍ୟୁଜ୍ ଏଜେନସୀ, ଓଲ୍ଡ ବସ୍ ଷ୍ଟାଣ୍ଡ, ବ୍ରହ୍ମପୁର, ଗଞ୍ଜାମ * ଶିବ ଶକ୍ତି, ପୁସ୍ତକାଳୟ ସେକ୍ଟର-୨, ବସ୍‌ଷ୍ଟାଣ୍ଡ, ରାଉରକେଲା । *ଗାୟତ୍ରୀ ଭଣ୍ଡାର, ବସନ୍ତ ବିହାର, ଯୁବଲୀଟାଉନ, ଭାପୁର-ଶଙ୍କରପୁର ରୋଡ, ଢେଙ୍କାନାଳ ଏବଂ ସମସ୍ତ **Employment News** ବିକ୍ରେତା ।

"ଯୋଜନା"ର ଗ୍ରାହକ ଦେୟ

*ପ୍ରତି ଖଣ୍ଡ - ୧୦ ଟଙ୍କା, ବାର୍ଷିକ - ୧୦୦ ଟଙ୍କା, ଦ୍ୱିବାର୍ଷିକ - ୧୮୦ ଟଙ୍କା, ତ୍ରୈବାର୍ଷିକ - ୨୫୦ ଟଙ୍କା, ପଡ଼ୋଶୀ ଦେଶ : ବାର୍ଷିକ - ୫୩୦ ଟଙ୍କା, ଇଉରୋପ ଓ ଅନ୍ୟାନ୍ୟ ଦେଶ : ବାର୍ଷିକ - ୭୩୦ ଟଙ୍କା ।

ଗ୍ରାହକ ଦେୟ ପଠାଇବା ଠିକଣା :

Advertisement & Circulation Manager, YOJANA
Publications Division, Min. of I & B,
Soochna Bhawan, Room 48-53, CGO Complex, Lodi Road, New Delhi - 110003
The subscription may be sent through IPO/MO or Bank Draft in favour of the
"Director, Publications Division, Ministry of Information & Broadcasting, New Delhi

Printed and Published by Dr. (Ms) Sadhana Rout, Additional Director General & Head on behalf of Publications Division, Ministry of I & B, Govt. of India, Published from Soochna Bhavan, CGO Complex, Lodhi Road, New Delhi-110003 and Printed at: J K Offset Printers (P) Ltd, B-278, Okhla Phase -I, New Delhi -110020
Editor : Dr Girish Chandra Dash